

Alberto Fernández-Jaén<sup>1</sup>  
Daniel M. Fernández-Mayoralas<sup>1</sup>  
Sonia López-Arribas<sup>2</sup>  
Carolina García-Savaté<sup>3</sup>  
Blanca Muñoz-Borrega<sup>3</sup>  
Alexandra Pardos-Véglia<sup>3</sup>  
Baldomero Prados-Parra<sup>3</sup>  
Beatriz Calleja-Pérez<sup>4</sup>  
Nuria Muñoz-Jareño<sup>5</sup>

# 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)

<sup>1</sup>Unidad de Neurología Infanto-juvenil  
Hospital Universitario Quirón  
Centro CADE. Madrid  
<sup>2</sup>Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil  
Hospital Gómez Ulla. Madrid  
Centro CADE. Madrid

<sup>3</sup>Unidad de Psicología Infanto-Juvenil  
Centro CADE. Madrid  
<sup>4</sup>Atención Primaria de Pediatría  
Centro de Salud Doctor Cirajas. Madrid  
<sup>5</sup>Sección de Neuropediatría  
Hospital Infanta Leonor de Valdecas. Madrid

**Introducción.** Numerosos estudios han documentado que los niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) experimentan una baja competencia social.

**Objetivo.** Comparar la intensidad sintomática del TDAH, así como la asociación de los diferentes subtipos, sexo y comorbilidades con el funcionamiento social ("habilidad social" y "liderazgo") estimado a través de un sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes para padres y profesores (BASC).

**Pacientes y métodos.** Se analizan retrospectivamente 170 pacientes evaluados con diagnóstico de TDAH entre 2007 y 2010. Se analizan y comparan, entre otros, los datos de habilidades sociales, liderazgo, hiperactividad y déficit de atención del BASC y los síntomas cardinales del TDAH de la escala para la evaluación del déficit de atención con hiperactividad (EDAH). Los resultados de estas variables son analizados acorde a los datos normativos por edad y sexo, y transformados en valores Z.

**Resultados.** Las puntuaciones correspondientes a habilidades sociales fueron significativamente menores en los pacientes con trastorno disocial o negativista según progenitores ( $p < 0,05$ ). En el análisis de la intensidad sintomática del TDAH se observó una relación inversamente significativa

( $p < 0,001$ ) entre la intensidad de la hiperactividad y las habilidades sociales según los padres. La puntuación de déficit de atención se correlacionó de igual forma con las habilidades sociales y liderazgo según padres y profesores.

**Conclusiones.** La intensidad del déficit de atención fue la única variable que, con independencia del informador, se relacionó de forma significativa con las habilidades sociales y el liderazgo según el BASC.

**Palabras clave:**  
Basc, Edah, Habilidades sociales, Liderazgo, Tdah, Trastorno por déficit de atención/hiperactividad

*Actas Esp Psiquiatr 2011;39(6):339-48*

## Attention deficit hyperactivity disorder and its relation to social skills and leadership evaluated with an evaluation system of the behavior of children and adolescents (BASC)

**Introduction.** Numerous studies have documented that children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) show a low social competence.

**Objective.** To compare the symptomatic severity of ADHD, as well as associations to different subtypes, sex and comorbidities, with social functioning ("ability" and "leadership") estimated through a Behavior Assessment System for Children (BASC) for parents and teachers.

**Patients and methods.** We have retrospectively analyzed 170 patients with ADHD, diagnosed between 2007 and 2010. Social "ability," "leadership," "hyperactivity" and "attention-deficit" sections of BASC and cardinal symptoms of ADHD measured through a

Correspondencia:  
Alberto Fernández-Jaén  
Tif.: de contacto: 915858603  
Fax: 915 183 232  
Hospital Universitario Quirón  
C/ Diego de Velázquez, 1  
28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)  
Tif.: 902151016.  
Centro CADE  
C/ Jimena Menéndez Pidal 8-A  
28023 Aravaca (Madrid)  
Tif.: 913573203  
Correo electrónico: aferjaen@telefonica.net.

Spanish scale for de evaluation of DHD (E-DHD) were registered. Results of these variables are analyzed according to the normative data by age and sex, and processed in Z values.

**Results.** The ratings for social skills were significantly lower in patients with conduct disorder or oppositional defiant disorder as informed by parents ( $p < 0.05$ ). Symptomatic intensity of ADHD showed significant ( $p < 0,001$ ) and inverse relation with social "ability" as parents. "Attention-deficit" scores were related with social "ability" and "leadership" as parents and teachers.

**Conclusions.** Intensity of attention deficit was the only variable that showed a significant relation with the social skills and leadership according to the BASC scores, independently of the informer.

**Key words:**  
BASC, EDAH, Social skills, Leadership, ADHD, Attention deficit/hiperactivity disorder

## INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios han documentado que los niños con TDAH experimentan dificultades interpersonales y baja competencia social<sup>1-3</sup>, tanto en el hogar, y dentro de éste, especialmente con la figura materna<sup>1</sup>, como en el medio escolar, con compañeros y profesores<sup>2,3</sup>. Sin embargo, ninguno de los criterios clínicos de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su texto revisado (DSM-IV-TR)<sup>1</sup>, del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) se refieren directamente al desarrollo emocional y/o social del individuo<sup>1,3</sup>.

Es por otro lado la repercusión en la esfera social o académico-laboral, la que va a llevar a la tipificación pluri-sintomática del TDAH como un verdadero trastorno. Evaluar o medir lo que debemos entender como repercusión social o académica, es uno de los apartados más complejos en el diagnóstico del propio TDAH. Separar estos conceptos, del concepto "calidad de vida" o "autoestima", vuelve a ser probablemente erróneo.

Los comportamientos sociales de estos niños son complejos, así como el aprendizaje de las competencias sociales. La expresión clínica en este apartado, va a estar condicionada por el potencial cognitivo, sus habilidades sociales, los estilos educativos, así como por la intensidad del TDAH o la presencia de trastornos comórbidos asociados<sup>2</sup>. En general, entre el 50 y 70% de los niños que acuden a consulta tiene problemas en su adaptación social. Con frecuencia, los problemas sociales de estos niños se han vinculado a los problemas en el autocontrol de los mismos; sin embargo, los problemas atencionales se han asociado con una menor participación o

interacción social. En el primer grupo, podremos encontrar niños más agresivos, disruptivos, ruidosos, molestos...<sup>3</sup>; en el segundo, niños tímidos, aislados, retraídos... Estos problemas pueden aparecer de forma más intensa ante la presencia de trastornos comórbidos; la presencia de un trastorno negativista-desafiante (TND) con frecuencia se asocia con una mayor agresividad social y peor tolerancia a la frustración; la presencia de trastornos de la comunicación o del desarrollo de la coordinación, podrá condicionar o intensificar la tendencia al aislamiento, y un peor pronóstico en general.

## OBJETIVO

El objetivo principal de este estudio es comparar la intensidad sintomática del TDAH, así como la asociación de los diferentes subtipos, sexo y diferentes comorbilidades (alteración del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno negativista desafiante y trastorno disocial), con las conductas de habilidad social y liderazgo evaluadas a través de un sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes para padres y profesores (sistema BASC)<sup>4</sup>.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se han analizado con carácter retrospectivo 621 evaluaciones realizadas desde enero del año 2007 hasta diciembre del año 2010 en el centro CADE, motivadas o justificadas por la sospecha de un TDAH. Se analizan sólo los casos con edades comprendidas entre los 6 y 12 años, ambos incluidos, en los que finalmente se realizó el diagnóstico clínico de TDAH acorde a los criterios del DSM-IV-TR. Del mismo modo, se utilizaron los criterios del mismo manual para el diagnóstico de los trastornos comórbidos analizados en este estudio.

Los diagnósticos clínicos de TDAH y de las diversas comorbilidades fueron realizados por un neurólogo y un psiquiatra infante-juvenil experimentados de nuestro departamento, con la misma entrevista clínica estructurada, antes de que los pacientes fueran incluidos en esta revisión. En todos los casos los diagnósticos fueron consensuados retrospectivamente por ambos profesionales antes de su inclusión y análisis.

Se excluyeron antes de su análisis aquellos casos que presentaban:

- 1) alteraciones motoras o perceptivas significativas;
- 2) retraso mental definido (coeficiente intelectual menor de 70);
- 3) diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar, esquizofrenia y/o psicosis;
- 4) enfermedades neurológicas conocidas, epilepsia, abuso

- o dependencia de drogas;
- 5) pacientes previamente diagnosticados o tratados, psicológica o farmacológicamente, por una sospecha de TDAH;
  - 6) pacientes evaluados neuropsicológicamente en otros departamentos en el último año antes de su evaluación.

Se recogieron los siguientes parámetros: edad, sexo y subtipo de TDAH. Igualmente se valoró la presencia de cualquier tipo de comorbilidad. De cara al análisis estadístico en el presente trabajo se seleccionaron las siguientes variables: trastorno negativista desafiante (TND), trastorno disocial (TD), trastorno de ansiedad generalizada (TAns) y trastorno depresivo mayor único o recidivante o distímico que incluimos en un único grupo (TAni).

Dentro de la evaluación de niños con TDAH en este centro, se realizan de forma protocolizada el BASC "Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes"<sup>4</sup> y el EDAH, la "escala para la evaluación del déficit de atención con hiperactividad"<sup>5</sup>.

El BASC es un sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes a través de una historia estructurada del desarrollo y cuestionarios descriptivos que son cumplimentados por paciente, padres y profesores, que miden diferentes aspectos del comportamiento y la personalidad. Este instrumento ha sido recientemente validado para la población española<sup>4</sup>. Valora dimensiones clínicas (agresividad, retraimiento, hiperactividad, inatención y otras) y adaptativas (adaptabilidad, habilidades sociales y liderazgo). La habilidad social quedaría definida en este instrumento, por la destreza necesaria para interactuar satisfactoriamente con iguales y adultos en los ámbitos del hogar, la escuela y la comunidad; se evalúa a través de preguntas como: "¿ayuda a otros niños?", "¿felicitación a los demás cuando algo les sale bien?", "¿hace sugerencias sin ofender a los demás?", etcétera. El liderazgo quedaría englobado en la pericia asociada para lograr metas, especialmente sociales o comunitarias, incluyendo en particular, la capacidad para trabajar bien en grupo; las cuestiones para tantear esta habilidad son "¿participa en clubes y organizaciones sociales?", "¿suele ser considerado como líder?", "¿toma decisiones con facilidad?", "¿hace buenas propuestas para resolver los problemas?", entre otras. Dada la edad, se empleó el nivel II del BASC (correspondiente a niños de 6 a 12 años), que consta de 134 preguntas en la versión para padres y 99 preguntas en la versión de tutores. Cada ítem se puntúa de la "A a la D" (correspondientes numéricamente a "0 a 3"), donde la "A" se corresponde a "nunca ocurre", y la "D" a "ocurre casi siempre". Puntuaciones globales más altas en la escala hiperactividad o problemas de atención se relacionan con mayor intensidad sintomática en estos apartados; puntuaciones globales más bajas en la escala de habilidades sociales o liderazgo se relacionan con una menor capacidad adaptativa del niño en estos aspectos.

Posee una elevada fiabilidad (consistencia interna, fiabilidad test-retest, acuerdo inter-evaluadores) y validez interna<sup>4</sup>. La versión en español presenta un grado de consistencia alto en las correlaciones de cada uno de los elementos en los distintos niveles y fuentes de información (padre o tutor). Esto indica la adecuación de la estructura común y apoya la interpretación que se pueda realizar entre distintas fuentes de información o en diversos grupos de edad<sup>4</sup>.

La escala EDAH, es una adaptación española de la escala de Conners (versión para profesores) abreviada y traducida al español<sup>5</sup>; cuantifica tres apartados sintomáticos, inatención, hiperactividad-impulsividad y problemas de conducta, en base a un cuestionario de 20 preguntas, y cuantificado en una puntuación de 0 a 3 para cada pregunta, donde el "0" corresponde a una ausencia de dicho síntoma o problema ("completamente faso/nunca"), y "3" la presencia marcada o frecuente del mismo ("muy cierto/con gran frecuencia"). Puntuaciones elevadas en cualquiera de las subescalas o en la puntuación total, se correlacionan con mayor intensidad sintomática.

Los resultados de estas variables (inicialmente aportadas en puntuaciones escalares, tipificadas o percentiles) fueron posteriormente analizados acorde a los datos normativos por edad y sexo, y transformados en valores Z (según los datos estándar del test) para su posterior análisis.

Tras la recogida de los resultados, estos fueron analizados estadísticamente mediante el programa SPSS v17.0 para Windows (SPSS, Chicago). Dado el tamaño y distribución de la población estudiada, la relación entre variables cualitativas (por ejemplo sexo, subtipo de TDAH o la presencia de comorbilidad) con los cambios observados en las puntuaciones Z de los test comportamentales y atencionales fue valorada mediante el análisis factorial de la varianza, con el test *post-hoc* de Bonferroni cuando fue necesario. Como medida de correlación, se empleó el coeficiente de Pearson; se realizó un estudio de regresión posteriormente, sólo si era necesario.

## RESULTADOS

De las 621 evaluaciones analizadas, 170 cumplían los criterios de inclusión señalados en el apartado anterior. Los aspectos demográficos se describen en la tabla 1.

La distribución por sexo y subtipo de TDAH fue la siguiente:

- niñas: 22 (54%) subtipo combinado, 19 (46%) predominio inatento
- varones: 72 (56%) subtipo combinado, 55 (42%) predominio inatento, 2 (2%) predominio hiperactivo-impulsivo. Dado el bajo tamaño de la muestra en este último

Tabla 1	Aspectos demográficos de los pacientes estudiados		
Edad media	- 8,4 años (DS 2,02)		
Sexo	- Varones: 129 (75,9%) - Mujeres: 41 (24,1%)		
Subtipo TDAH (acorde a criterios del DSM-IV-TR)	- Combinado: 94 (55,3%) - Predominio inatento: 74 (43,5%) - Predominio hiperactivo-impulsivo: 2 (1,2%)		
Capacidades cognitivas (WISC-IV)	- Cociente intelectual total: 103 (DS 16,7) - Comprensión verbal: 107 (DS 17,7) - Razonamiento perceptivo: 104 (DS 16,5) - Memoria de trabajo: 94 (DS 14,4) - Velocidad de procesamiento: 95 (DS 15,4)		
<b>Trastornos comórbidos</b>	<b>Pacientes</b>	<b>%</b>	
- Negativista Desafiante	40	23,5	
- Ansiedad	18	10,5	
- Ánimo	30	17,6	
- Disocial	27	15,8	
DS = desviación estándar; TDAH = trastorno por déficit de atención / hiperactividad; DSM-IV-TR = cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-texto revisado; WISC-IV= Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños - IV.			

subgrupo, no se pudieron obtener diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones con el resto de subtipos y los resultados del BASC, por lo que éstas no aparecen en la figuras aunque si los valores Z.

La distribución de los subtipos acorde al sexo, no mostró diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,68$ ).

La intensidad de la hiperactividad, cuantificada a través del BASC y EDAH, según madre y profesor, era más elevada en varones que en mujeres, aunque sin significación estadística ( $Z=0,89$  vs  $Z=0,28$  respectivamente), salvo en el caso del valor Z en el apartado hiperactividad correspondiente al BASC cumplimentado por el padre, que fue significativamente mayor en varones que en mujeres ( $p=0,017$ ). Los valores observados en este apartado en las escalas referidas, fueron estadísticamente superiores en el subtipo combinado que en el subtipo predominio inatento ( $p<0,05$ ), con independencia del informador.

Los valores Z correspondientes al apartado inatención, en estas mismas escalas, fueron más elevados en mujeres, aunque sin significación estadística. La intensidad de los problemas de atención medida a través de los test señalados, no mostró diferencia significativa entre los diferentes subtipos de TDAH, con independencia del evaluador.

En el análisis del apartado "habilidades sociales" correspondiente a los BASC cumplimentados por madre, padre y tutor, y relación con sexo y subtipo, se observó lo siguiente:

- Los niños obtuvieron puntuaciones más bajas que las niñas según madres ( $Z=-0,58$  vs  $Z=-0,28$ ,  $p=0,13$ ) y padres ( $Z=-0,65$  vs  $Z=-0,22$ ,  $p=0,06$ ), aunque sin alcanzar significación estadística y las niñas obtuvieron puntuaciones prácticamente idénticas a los varones según profesores ( $Z=-0,61$  vs  $Z=-0,63$ ,  $p=0,72$ ).
- La relación con el subtipo de TDAH, las puntuaciones obtenidas en el apartado señalado fueron más bajas en los pacientes con TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo, seguido por el TDAH combinado, y mayores en los casos con TDAH de predominio inatento. Sólo se objetivó una diferencia significativa entre los dos últimos subtipos, cuando el registro fue cumplimentado por el padre ( $p<0,01$ ).

En el estudio del campo "liderazgo" propio de los BASC cumplimentados por madre, padre y tutor, y relación con sexo y subtipo, se advirtió lo siguiente:

- Los niños obtuvieron puntuaciones Z algo más elevadas que las niñas según madres ( $Z=-0,36$  vs  $Z=-0,41$ ,  $p=0,77$ ), padres ( $Z=-0,18$  vs  $Z=-0,30$ ,  $p=0,55$ ) y profesores ( $Z=-0,67$  vs  $Z=-0,78$ ,  $p=0,57$ ), de manera no estadísticamente significativa.
- La relación con el subtipo de TDAH, las puntuaciones obtenidas en el apartado señalado fueron más bajas en los pacientes con TDAH combinado que en los casos con TDAH de predominio inatento según ambos padres, y similares según el tutor; no se alcanzó significación estadística en el análisis entre los subtipos y las pun-

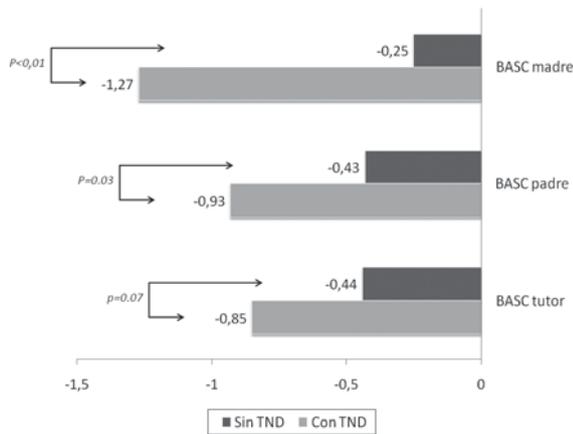


Figura 1

Relación entre las puntuaciones medias (transformadas en valores Z) de los BASC cumplimentados por madre, padre y tutor en el apartado "habilidades sociales" y la presencia de TDAH comórbido con trastorno negativista desafiante (TND) o no comórbido con dicho trastorno

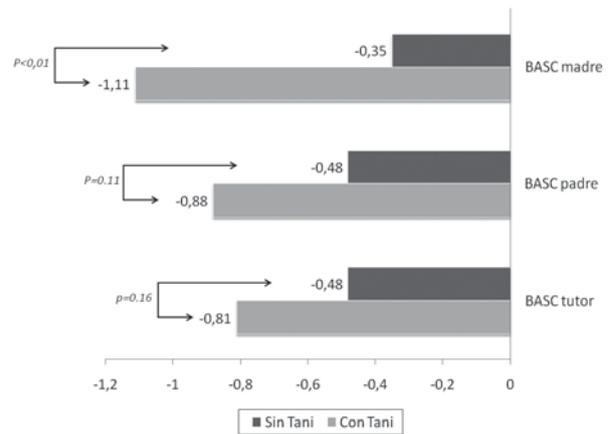


Figura 2

Relación entre las puntuaciones medias (transformadas en valores Z) de los BASC cumplimentados por madre, padre y tutor en el apartado "habilidades sociales" y la presencia de TDAH comórbido con trastorno del estado de ánimo (Tani) o no comórbido con dicho trastorno

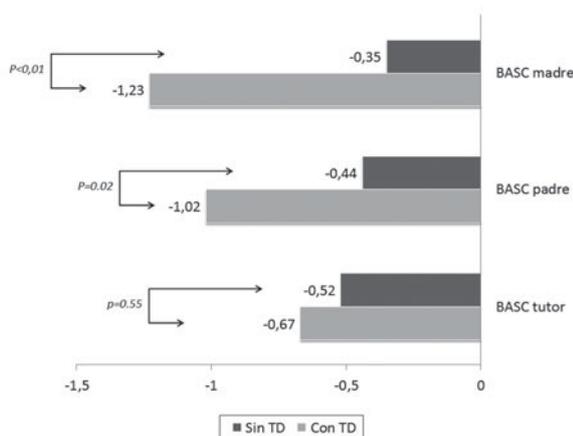


Figura 3

Relación entre las puntuaciones medias (transformadas en valores Z) de los BASC cumplimentados por madre, padre y tutor en el apartado "habilidades sociales" y la presencia de TDAH comórbido con trastorno disocial (TD) o no comórbido con dicho trastorno

comorbilidad del TDAH, se pudo confirmar:

- TND: Las puntuaciones Z correspondientes a "habilidades sociales" fueron significativamente menores en los pacientes con TND según ambos padres ( $p < 0,05$ ), y cercano a dicha significación según el tutor ( $p = 0,07$ ) (figura 1). Esta relación se observó con independencia del sexo y subtipo de TDAH. No se apreció diferencia significativa en su relación con las puntuaciones Z de "liderazgo".
- TAns: No se observaron diferencias significativas entre los pacientes con TAns o sin él, ni en el apartado "habilidades sociales" ni en "liderazgo".
- TAni: Las puntuaciones Z correspondientes a "habilidades sociales" y "liderazgo" fueron menores en los pacientes con TAni según ambos padres y tutor, aunque sólo se observó significación estadística entre el apartado "habilidades sociales" del BASC cumplimentado por la madre ( $p < 0,01$ ) (Figura 2). A través del análisis factorial, se confirmó que esta relación sólo era significativa en varones ( $p < 0,01$ ).
- TD: Las puntuaciones Z correspondientes a "habilidades sociales" fueron significativamente menores en los pacientes con TD según ambos padres ( $p < 0,05$ ) pero no según el tutor ( $p = 0,55$ ), donde solo existía una mínima tendencia no significativa a dicha correlación (figura 3). Esta relación se observó con independencia del sexo y subtipo de TDAH. No se apreció diferencia significativa en su relación con las puntuaciones Z de "liderazgo".

tuciones en el apartado "liderazgo" del BASC, con independencia del informador.

En la evaluación de los apartados "habilidades sociales" y "liderazgo" cuantificados en el BASC, y su relación con la

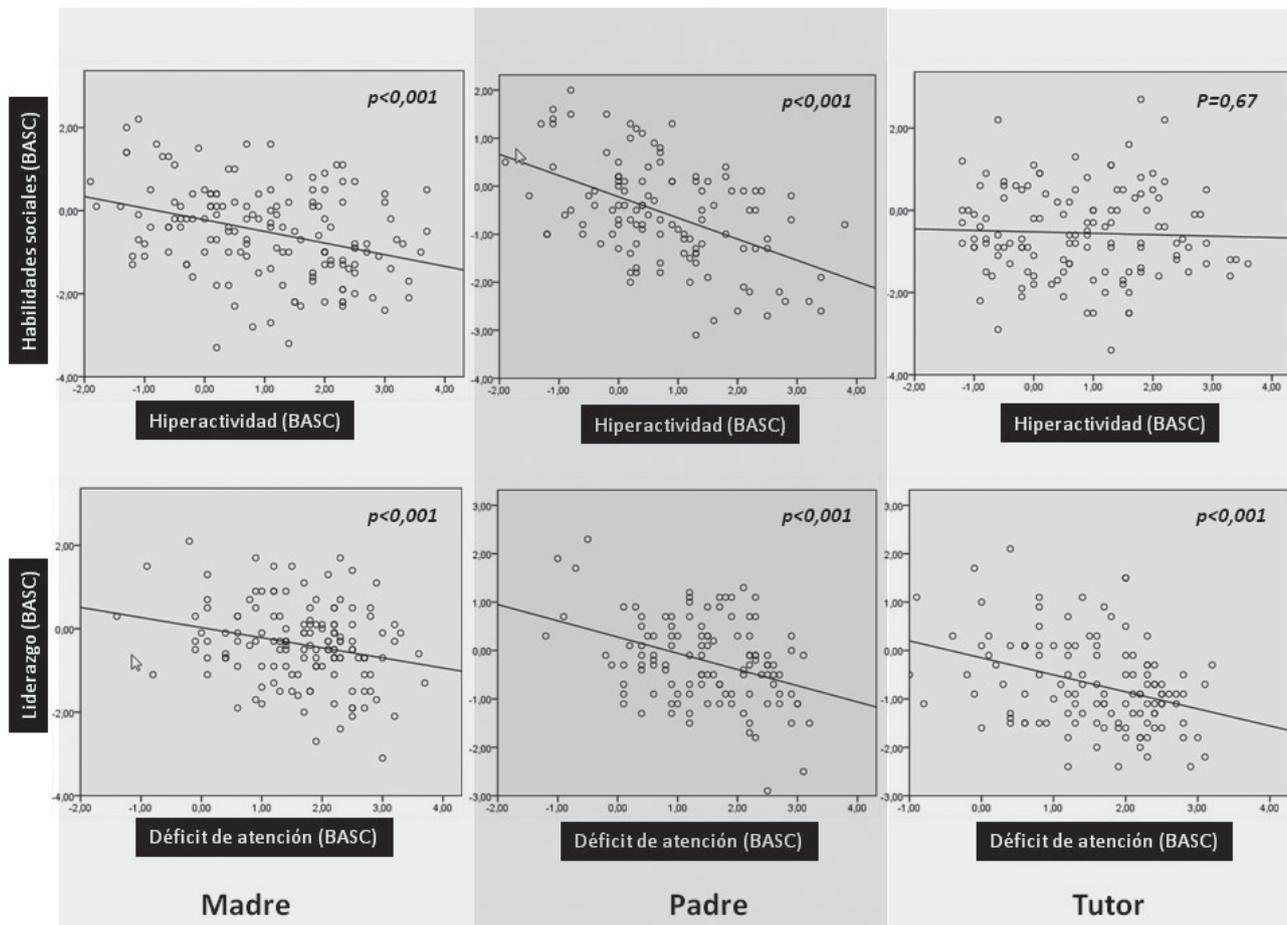


Figura 4

Mitad superior: relación lineal entre la intensidad sintomática del TDAH, cuantificado a través del apartado "hiperactividad" del BASC con el apartado "habilidades sociales" del propio BASC, cumplimentados por padres y profesores (aportado en valores Z).  
 Mitad inferior: relación lineal entre la intensidad sintomática del TDAH, cuantificado a través del apartado "déficit de Atención" del BASC con el apartado "liderazgo" del propio BASC, cumplimentados por padres y profesores (aportado en valores Z).

En el análisis de la intensidad sintomática del TDAH, cuantificado a través de los apartados "hiperactividad" y "déficit de Atención" del BASC y EDAA, y su relación con los apartados "habilidades sociales" y "liderazgo" del propio BASC, cumplimentados por padres y profesores, se puede observar lo siguiente:

- Hubo una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) entre las puntuaciones obtenidas según los diferentes informadores en el apartado "hiperactividad" del BASC y EDAA; cuanto mayor era la intensidad de la hiperactividad según la madre, mayor era según padre y tutor.
- Hubo una relación igualmente significativa ( $p < 0,01$ ) entre las puntuaciones registradas según madre, padre y tutor, en el apartado "déficit de atención" del BASC y EDAA.
- Se observó una relación inversamente significativa y lineal ( $p < 0,001$ ) entre la intensidad de la "hiperactividad" y las "habilidades sociales" según el BASC de ambos padres; esta relación no fue significativa cuando el tutor fue el informador (figura 4).
- La puntuación de "hiperactividad" según BASC y EDAA, no mostró una relación significativa con el apartado "liderazgo" del BASC, con independencia del informador.
- La puntuación de "déficit de atención" según BASC y EDAA, se relacionó de forma marcadamente significativa, negativa y lineal ( $p < 0,001$ ) con los apartados "habilidades sociales" y "liderazgo", con independencia del informador, padres o tutor (figura 4).

- La puntuación de "déficit de atención" según BASC cumplimentado por la madre, se correlacionó inversa y significativamente ( $p < 0,01$ ) con las puntuaciones del "liderazgo", tanto si este apartado del BASC lo rellenaba la propia madre, el padre o el tutor; la puntuación de "déficit de atención" según BASC cumplimentado por padre o tutor, no se correlacionaron con las puntuaciones de "liderazgo", si este último aspecto del BASC era cumplimentado por tutor o padre respectivamente.

## DISCUSIÓN

Las relaciones con los compañeros son el indicador clave de la competencia social, es decir, de la habilidad para alcanzar éxito social o personal en las situaciones sociales. La aceptación o el juicio de pares (indicadores sociométricos) son medidas indirectas de este funcionamiento social<sup>6</sup>, que puede ser muy diferente en función de la sociedad cultural donde se apliquen<sup>7</sup>. Estos indicadores sociométricos destacan claramente que entre el 50 y el 75% de los niños con un TDAH<sup>6,8</sup> son rechazados por sus compañeros. El rechazo suele ser persistente y resistente al tratamiento médico y psicoeducacional, incluso tras la mejora sintomática tras introducción de tratamiento farmacológico<sup>2,8</sup>. Se han identificado patrones de comportamientos asociados a un funcionamiento social inadecuado, que afecta a la calidad de las interacciones personales: agresiones verbales y físicas, comportamientos negativos al entrar en nuevos grupos o en clase (ser ruidoso, molesto, violar reglas, discutir...); asocian menor capacidad adaptativa para cambiar sus patrones de comunicación en función de las demandas de la tarea y su estilo de respuesta tiene efectos negativos en el comportamiento de los compañeros<sup>6,9</sup>. Los niños con TDAH combinado muestran mayores tasas de este tipo de comportamientos: conductas disruptivas, agresivas, imprevisibles, opositoras, fuera de lugar, ruidosas, violación de reglas, actos inesperados e inapropiados; esto podría explicar la relación observada en nuestro estudio entre la intensidad de la sintomatología hiperactiva e impulsiva y las puntuaciones bajas en los apartados de habilidades sociales del BASC según padres.

Las habilidades sociales se reconocen desde hace tiempo como claves para una adecuada adaptación. Es conocida la importancia del desarrollo de las habilidades sociales en los niños, lo que ha llevado a ser incluidas para su valoración en la escala BASC u otras escalas como la Escala de Conducta Adaptativa de Vineland<sup>10</sup>, aunque no deben sustituir escalas más específicas del TDAH, tanto en la evaluación de niños como adultos<sup>11,12</sup>. Las puntuaciones en la escala de habilidades sociales tienen importantes implicaciones diagnósticas y de tratamiento. Una baja puntuación del tutor podría indicar la conveniencia de entrenamiento en habilidades sociales<sup>4</sup>. Los elementos individuales pueden determinar las

conductas específicas que convendría trabajar. Considerar las habilidades sociales como una característica adaptativa ayuda al examinador a hacer el diagnóstico diferencial entre algunos trastornos conductuales. La escala "liderazgo" en el tutor y en el progenitor evalúa otras competencias relacionadas con la buena adaptación a la comunidad y a la escuela. Esta escala se desarrolló para evaluar conductas que pueden asociarse con el potencial de liderazgo<sup>4</sup>. Algunos de los elementos de la escala están muy relacionados habilidades cognitivas implicadas con la resolución de problemas, como tener muchas ideas, hacer buenas sugerencias y tomar decisiones fácilmente<sup>4</sup>.

En el presente estudio se ha podido comprobar que en el apartado "habilidades sociales" del BASC los niños tendieron a obtener puntuaciones más bajas que las niñas según madres y padres. Sin embargo estas diferencias no resultaron significativas y en el caso de los profesores no existía tendencia alguna a adjudicar ningún tipo de ventaja en función del sexo. Estos datos indican que la incompetencia social se relaciona con factores diferentes al género en el TDAH.

El grado de autocontrol es fundamental para que se produzca una adecuada socialización<sup>13</sup>. Los niños con TDAH pueden mostrar unas bajas habilidades en lo que al comportamiento social se refiere y una motivación poco adecuada para las mismas a pesar de que suele existir un adecuado razonamiento social<sup>13</sup>. Este comportamiento incontrolado que podríamos definir como impulsividad "disfuncional" se relacionaría con los trastornos de conducta y, por ende, con comportamientos delictivos típicos del trastorno disocial<sup>2,13</sup>. Por todo ello, tampoco sorprende que los niños con TND o con TD tuvieran menos "habilidades sociales" de forma significativa, según los padres, que los niños sin TND o TD, con independencia del sexo y subtipo de TDAH. De hecho, como cabría esperar, la agresividad se asocia con índices bajos de competencia social<sup>2,14</sup> y aunque las tareas específicas de resolución de problemas sociales son defectuosas en pacientes con TDAH, lo son mucho más en aquellos con TND y/o TD y aún peor si estos últimos asocian TDAH<sup>14</sup>. De forma llamativa solo obtuvimos resultados significativos en cuanto al subtipo combinado de TDAH y la capacidad de habilidades sociales cuando ésta se evaluaba por el padre (es llamativa la nula correlación en el caso de los maestros), por lo que los síntomas cardinales de hiperactividad e impulsividad tampoco explicarían por sí solos los problemas de relación social de los pacientes que padecen este trastorno<sup>8</sup>, estando involucrados, quizás, otros problemas más fácilmente explicables desde el punto de vista neuropsicológico, tales como el de la "percepción social" (un inadecuado ajuste entre lo que el paciente hace y lo que éste a su vez percibe como retroalimentación social), más relacionado con la disfunción ejecutiva basal que con afectaciones medidas en las escalas clínicas<sup>8</sup>. Aunque apenas hay estudios al respecto y los resultados de los pocos existentes son discordantes, es posible que muchos pacientes con TDAH, independientemente del

subtipo, interpreten de forma inadecuada, aunque no necesariamente hostil, como sucede en el trastorno disocial, la mayoría de conductas de sus compañeros<sup>8</sup>.

Indudablemente, la escala BASC no evalúa realmente la habilidad social o la capacidad de liderazgo, sino más bien el comportamiento social, que puede estar íntimamente ligado a la hiperactividad y el déficit atencional, desde el punto de vista observacional. Esta circunstancia, condiciona siempre el resultado de este y otros estudios. Sin embargo, bien de forma directamente relacionada, o bien condicionada por una disfunción ejecutiva común, los pacientes con puntuaciones elevadas en el apartado "hiperactividad", mostraron contundentemente peores "habilidades sociales"; igualmente, cuando se evaluó el "déficit de atención", el correlato inversamente proporcional con el "liderazgo" fue evidente. Los tratamientos farmacológicos han mostrado una mejora significativa inmediata en la reducción de los síntomas nucleares del TDAH, y en consecuencia, de los comportamientos sociales<sup>6, 13</sup>; pero estos tratamientos, ¿realmente mejoran la habilidad social de estos niños?; y si lo hacen, ¿lo hacen a través de la mejora de los síntomas nucleares del TDAH, o a través del reajuste de la disfunción ejecutiva de base que caracteriza a estos pacientes? En la experiencia clínica diaria, muchos de los pacientes con TDAH mejoran su comportamiento social al iniciar tratamiento farmacológico, pero no siempre su competencia social<sup>6, 8</sup>, por lo que el tratamiento psicopedagógico cobra especial importancia<sup>8</sup>, especialmente en el mantenimiento de mejorías a largo plazo, lo que constituye un objetivo difícil de conseguir<sup>13</sup>.

Paralelamente, no es sólo el déficit de autocontrol el que empeora las conductas proclives a las relaciones sociales, dado que diversos estudios han demostrado que los niños con TDAH de predominio inatento también manifiestan este tipo de problemas, aunque de forma distinta<sup>15</sup>. Mientras que los compañeros suelen rechazar de forma más activa a los niños con TDAH combinado por su dificultad manifiesta en la regulación de sus emociones, los niños con TDAH inatento pueden ser definidos como con tendencia al aislamiento social o como "tímidos" o "pasivos"<sup>8, 15-17</sup>, en ocasiones "incapaces de atender o incluso de recordar las conversaciones"<sup>8</sup>. Este patrón diferente de comportamientos sociales sugiere que los síntomas de falta de atención contribuyen a una mayor dificultad para la participación activa en las interacciones sociales, mientras que los síntomas de hiperactividad e impulsividad contribuyen a una mayor agresividad, sobre todo verbal, con los compañeros<sup>8</sup>. Aunque este último patrón parece más frecuente en los niños con TDAH, las niñas con TDAH combinado son percibidas de forma similar por sus compañeras cuando son entrevistadas<sup>8</sup>.

Otros resultados ofrecen datos más sutiles. En el estudio del campo "liderazgo" existía una tendencia no significativa a que las niñas con TDAH de predominio inatento tuvieran puntuaciones más bajas y además, los pacientes con TDAH

y TD o TND no puntuaban en este apartado de forma tan significativamente baja como lo hacían en "habilidades sociales". Mientras que este último ítem viene definido como una destreza necesaria para interactuar satisfactoriamente, el liderazgo se relacionaría más con la iniciativa social, que suele afectarse en pacientes inhibidos o con sintomatología ansioso-depresiva<sup>7</sup>. Más aún, determinados comportamientos que incluirían los comportamientos disruptivos-agresivos se basan con frecuencia en un autocontrol bajo pero una iniciativa social alta (individuos extrovertidos), mientras que los comportamientos tímidos-inhibidos (individuos introvertidos, pasivos) se relacionarían con una baja iniciativa social y un adecuado autocontrol<sup>7</sup>. Estas últimas cualidades son más fáciles de obtener en pacientes de sexo femenino con TDAH subtipo déficit de atención (especialmente en el caso del denominado *tempo cognitivo lento*)<sup>18</sup>. Aunque en este estudio la presencia de ansiedad apenas influyó en los resultados y el trastorno del estado de ánimo se asociaba a menores habilidades sociales en general, debemos recordar que los informadores externos son menos fiables que los propios niños en la valoración de los trastornos "internalizantes" tales como la depresión o la ansiedad<sup>19</sup>, por lo que serían necesarios otros estudios que recogieran informes del propio paciente para recabar más información al respecto.

Respecto a las contradicciones encontradas entre padres y profesores en el BASC, debemos recordar que las correlaciones entre padres y tutores son bajas o moderadas, con tendencia a aumentar con la edad<sup>4</sup>. La correlación respecto a dichas habilidades entre padre y madre es más alta, aunque persistentemente pobre<sup>4</sup>. Resultó interesante la poca capacidad del profesor a la hora de ofrecer resultados significativos en cualquiera de las comparaciones entre trastornos; no se observó desde esta perspectiva, ningún problema significativo en habilidades sociales o liderazgo en los pacientes con TD. ¿Es posible que los maestros perciban como menos hábil socialmente a un paciente "protestón" y negativista (TND) que a un niño "vengativo" con tendencias delictivas (TD)? Respecto a este interesante hallazgo podemos establecer algunas hipótesis. Mientras que la agresividad observada en los pacientes con TDAH sin trastorno de conducta podría ser más "reactiva" e "impulsiva", en los pacientes con dicho trastorno, ésta podría ser considerada como más "instrumental" o "premeditada", siendo el paradigma de dicha "premeditación" el TD<sup>20</sup>. Así, el estudio de Ohan et al. encontró a más niñas con TDAH sin TND con comportamiento impulsivo que en niñas con TDAH sin TND<sup>21</sup>. Por otro lado, en el trabajo de Matthys et al. los varones con TDAH, comparados con varones con TDAH y TND o TD y con niños con solo TND o con TD, mostraron mayores déficits en la codificación de claves sociales y generaban respuestas hipotéticas más anárquicas ante determinadas situaciones sociales mostradas a través de videos<sup>14</sup>. Al contrario que los niños con TD, que tienden a "hostilizar" las claves sociales, los varones con TDAH sin TD tienden a malinterpretar de forma aleatoria dichas claves, lo que sugiere que los déficits en el procesamiento de la infor-

mación en niños con TDAH pueden estar relacionados con una mala regulación de la atención a dichas claves y a un mal razonamiento social (pobre interpretación, integración y organización de las claves sociales)<sup>22, 23</sup>. Esto podría sugerir que los niños con TD, a pesar de padecer un trastorno más grave, pueden instrumentar su conducta de forma más consciente y por lo tanto parecer más "sociales" de cara a sus profesores que aquellos con TDAH o con TDAH y TND, con una peor regulación de su comportamiento<sup>8</sup>. De esta compleja interacción pueden surgir las respuestas a otras incógnitas planteadas por el presente trabajo, tales como la anárquica relación entre las diferentes comorbilidades y el apartado "liderazgo" del BASC y las pobres capacidades sociales que puede manifestar un varón triste y deprimido (similares, y para los profesores aún peores, que un varón con TD).

En conclusión, este estudio demuestra que las habilidades sociales medidas a través del BASC, se relacionan, en opinión de los padres, con la intensidad sintomática del TDAH (tanto con la hiperactividad-impulsividad como con el déficit de atención) y con la presencia de comorbilidad conductual (TD y TND). No se obtuvieron datos estadísticamente significativos respecto a éstas u otras variables en el caso de que fueran los profesores los informadores (salvo en el caso de la intensidad del déficit de atención según el BASC o el EDAH) y tampoco en su posible relación al sexo, subtipo de TDAH, presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva, cuando los padres eran los entrevistados. Respecto a la capacidad de liderazgo medida en el BASC, solo se encontró relacionada con la intensidad del déficit atencional según BASC y EDAH con independencia del informador. Consideramos que son necesarios estudios que evalúen las funciones neuropsicológicas y no solo clínicas para poder obtener más datos sobre la relación entre el TDAH y la disfunción o incompetencia social de estos pacientes. Igualmente, en una era influenciada por la genética y la neuroimagen, donde el estudio entre los niveles de expresión genética, la neuroimagen y los perfiles cognitivos- conductuales quedan patentes en diferentes trastornos del neurodesarrollo<sup>24</sup>, sería igualmente importante evaluar la relación entre los factores previamente señalados y los funcionamientos escolares y sociales de estos pacientes. Hasta la fecha, se ha podido evidenciar relaciones significativas entre ciertas formas alélicas a nivel genético, y la neuroimagen, especialmente en la medida del espesor cortical. De igual modo, relaciones marcadas entre el espesor cortical y la intensidad sintomática de los pacientes con TDAH. La respuesta al tratamiento farmacológico en estos casos, se ha correlacionado con desarrollos corticales diferenciales y con respuestas clínicas desiguales según esas formas alélicas. Sin embargo, de nuevo, el funcionamiento social y académico no se ha analizado en este tipo de estudios. En una visión neurobiológica de un trastorno disejecutivo como el TDAH, la competencia social debería ser analizada también desde estas perspectivas.

## CONFLICTO DE INTERESES

Este estudio ha sido realizado a través de beca concedida por laboratorios Lilly.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
2. Bagwell CL, Molina BS, Pelham WE, Jr., Hoza B. Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1285-92.
3. Stroes A, Alberts E, Van Der Meere JJ. Boys with ADHD in social interaction with a nonfamiliar adult: an observational study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:295-302.
4. Reynolds CR, Kamphaus RW, González Marqués J. BASC : Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: manual. Madrid: TEA; 2004.
5. Farré i Riba A, Narbona J. EDAH : escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad : manual / Anna Farré i Riba, Juan Narbona García. 5\* ed. Madrid: TEA; 2003.
6. Pardos A, Fernandez-Jaen A, Fernandez-Mayoralas DM. Habilidades sociales en el trastorno por deficit de atencion/ hiperactividad. *Rev Neurol* 2009;48 Suppl 2:S107-11.
7. Chen X, French DC. Children's social competence in cultural context. *Annu Rev Psychol* 2008;59:591-616.
8. McQuade JD, Hoza B. Peer problems in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: current status and future directions. *Dev Disabil Res Rev* 2008;14:320-4.
9. Garcia-Castellar R, Presentacion-Herrero MJ, Siegenthaler-Hierro R, Miranda-Casas A. Estado sociométrico de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado. *Rev Neurol* 2006;42 Suppl 2:S13-7.
10. Sparrow SS, Balla DA, Cicchetti DV, Doll EA. Vineland-II : Vineland Adaptive Behavior Scales. 2nd. ed ed. Circle Pines, [Minnesota]: American Guidance Service; 2005.
11. Ulloa RE, Narvaez MR, Arroyo E, del Bosque J, de la Pena F. Estudio de validez del cuestionario para trastorno por déficit de atención y trastorno de conducta; versión maestros. *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37:153-7.
12. Daigre Blanco C, Ramos-Quiroga JA, Valero S, et al. Cuestionario autoinformado de cribado de TDAH ASRS-v1.1 en adultos en tratamiento por trastornos por uso de sustancias. *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37:299-305.
13. Gumpel TP. Are social competence difficulties caused by performance or acquisition deficits? The importance of self-regulatory mechanisms. *Psychol Sch* 2007;44:351-72.
14. Matthys W, Cupeus JM, Van Engeland H. Deficient social problem-solving in boys with ODD/CD, with ADHD, and with both disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:311-21.
15. Hodgins JB, Cole J, Boldizar J. Peer-based differences among boys with ADHD. *J Clin Child Psychol* 2000;29:443-52.
16. Hinshaw SP. Preadolescent girls with attention-deficit/ hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:1086-98.
17. Maedgen JW, Carlson CL. Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder

- subtypes. *J Clin Child Psychol* 2000;2:30-42.
18. Diamond A. Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): a neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Dev Psychopathol* 2005;17:807-25.
  19. Daviss WB. A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: etiology, phenomenology, and treatment. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008;18:565-71.
  20. Gauthier KJ, Furr RM, Mathias CW, Marsh-Richard DM, Dougherty DM. Differentiating impulsive and premeditated aggression: self and informant perspectives among adolescents with personality pathology. *J Pers Disord* 2009;23:76-84.
  21. Ohan JL, Johnston C. What is the social impact of ADHD in girls? A multi-method assessment. *J Abnorm Child Psychol* 2007;35:239-50.
  22. Cadesky EB, Mota VL, Schachar RJ. Beyond words: how do children with ADHD and/or conduct problems process nonverbal information about affect? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:1160-7.
  23. Milch-Reich S, Campbell SB, Pelham WE, Jr., Connelly LM, Geva D. Developmental and individual differences in children's on-line representations of dynamic social events. *Child Dev* 1999;70:413-31.
  24. Quintero J, Navas M, Fernandez A, Ortiz T. Advances in attention deficit hyperactivity disorder. What does neuroimaging provide us with? *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37:352-8.