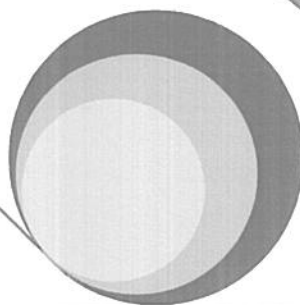
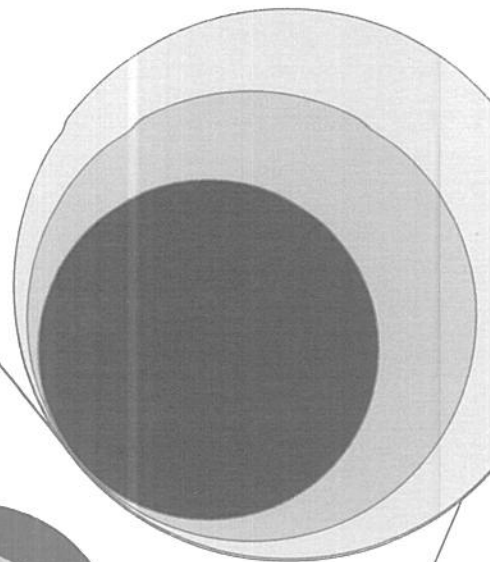




Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología



“Relaciones entre competencia social y status sociométrico escolar en niños con diagnóstico de TDAH”.

Florencia Arteaga

Daiana Russo

Supervisor: Lic. Josefina Rubiales

Co- Supervisor: Esp. Liliana Bakker



Mar del Plata 2011

N° CLASIFICACION :	ADQUISICION :
7-25 A	pose
	N° INVENTARIO :
	R-1121

Facultad de Psicología
Universidad de Mar del Plata

**Relaciones entre competencia social y status sociométrico escolar
en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.**

Informe final del trabajo de investigación correspondiente al requisito
curricular conforme O.C.S 143/89.

Alumnas:

Arteaga, Florencia.	Matrícula N°: 7292/06	D.N.I: 33.343.807
Russo, Daiana.	Matrícula N°: 7528/06	D.N.I: 33.799.865

Supervisor:

Lic. Josefina Rubiales.

Co-Supervisor:

Esp. Liliana Bakker.

Cátedra de Radicación:

Biología Humana.

Año 2011.

Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad de los alumnos: Florencia Arteaga, Mat. 7292/06 y Daiana Russo, Mat. 7528/06 de la Facultad de Psicología de la Universidad de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores.



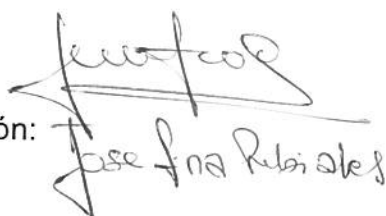
El que suscribe manifiesta que el presente informe final ha sido elaborado por los alumnos: Florencia Arteaga Mat. 7292/06 y Daiana Russo 7528/06; conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a losdías del mes de del año 2011.

Supervisor:

Firma:

Aclaración:

Sello:


Jose Ina Rubiales

Co-Supervisor:

Firma:

Aclaración:

Sello:


DAIANA BAKKEN


Informe de Evaluación del Supervisor y Co-Supervisor:

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de analizar la percepción de competencia social y sus relaciones con el status sociométrico en el aula de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Este trabajo forma parte de una investigación más amplia sobre competencia social en niños con TDAH y sus relaciones con funciones ejecutivas llevada a cabo durante los años 2010 y 2011 por el Grupo de Investigación Genética, Ambiente y Comportamiento Humano de la Facultad de Psicología.

En calidad de supervisora y co-supervisora de la investigación consideramos que los objetivos del trabajo se lograron satisfactoriamente, realizando las tareas propuestas de acuerdo al cronograma planteado inicialmente. Es importante destacar la motivación constante de las alumnas y la buena predisposición en todas las etapas del proceso, en la búsqueda y análisis bibliográfico, en el trabajo de campo, la recolección de datos, así como en el análisis de los mismos, demostrando una actitud positiva ante las sugerencias y correcciones realizadas en el transcurso del trabajo.

A partir de lo expuesto anteriormente concluimos que el presente informe se corresponde con un trabajo de investigación muy satisfactorio donde se evidencia el esfuerzo, la dedicación y el interés de las alumnas.


Supervisor


Co-Supervisor

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por Florencia Arteaga Mat. 7292/06 y Daiana Russo 7528/06.


Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de aprobación: 21/12/2011

10 (sobresaliente)


María López Parola


Mariana Bakker


Josefina Pujales





UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA

Proyecto de investigación.

Apellido y Nombre:

Arteaga, Florencia

Matrícula N°: 7292/06

Russo, Daiana

Matrícula N°: 7528/06

Cátedra de Radicación: Biología Humana.

Supervisor: Lic. Josefina Rubiales

Co- Supervisor: Esp. Liliana Bakker

El proyecto forma parte de: Proyecto de investigación "Competencia social en niños y adolescentes con diagnóstico de Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad y Síndrome de Turner. Relaciones con funciones ejecutivas y parámetros biológicos".

Título del proyecto: Relaciones entre competencia social y status sociométrico escolar en niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Descripción resumida.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones neuroconductuales más frecuentes en la infancia y en la adolescencia. Presenta una prevalencia mundial del 5% en niños en edad escolar. Se caracteriza por tres síntomas nucleares: inatención, impulsividad e hiperactividad. Dichos síntomas se manifiestan en varios entornos, tales como,

familia, escuela y amigos pudiendo provocar un gran impacto en el desarrollo del individuo interfiriendo en su funcionamiento social, emocional y cognitivo.

Los conflictos continuos en el medio escolar y las experiencias de fracaso consecuente, unidas a las reacciones habituales de los adultos en forma de críticas y de los compañeros que le rechazan, pueden conducirlos a un pobre concepto de sí mismo, afectando su autoestima y competencia social.

La competencia social ha sido considerada como una medida sumativa del rendimiento social en las interacciones con iguales y adultos en distintas situaciones, valorado por agentes sociales significativos incluyendo al propio sujeto. Las relaciones con los pares, sus aceptaciones o juicios son los indicadores claves de la competencia social. Esto puede evidenciarse a través de los tests sociométricos, los cuales constituyen medidas indirectas del funcionamiento social.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la percepción de competencia social y sus relaciones con el status sociométrico en el aula de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Ampliar la información en este campo permitirá desarrollar estrategias psicoeducativas dentro del aula que permitan mejorar las relaciones interpersonales, interviniendo en el entorno del niño, a la vez que, fortaleciendo sus habilidades sociales.

Palabras claves. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad-Competencia social- status sociométrico

Descripción detallada.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones neuroconductuales más frecuentes en la infancia y en la adolescencia (Albert, López-Martín, Fernández-Jaén y Carretié, 2008).

Se caracteriza por tres síntomas nucleares: inatención, impulsividad e hiperactividad; la presencia o ausencia de alguno de ellos da lugar a tres subtipos: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado (Pardos, Fernández Jaén, y Fernández Mayoralas, 2009). El diagnóstico se fundamenta en criterios clínicos recogidos en la última edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM

IV). Por otra parte, cabe destacar, que el TDAH presenta una alta comorbilidad con diferentes trastornos (APA, 2000).

Respecto a su etiología, la misma no ha sido identificada, sin embargo numerosos estudios apuntan al papel fundamental que los factores genéticos y neurobiológicos tienen en el origen y expresión del trastorno. Presenta una prevalencia mundial del 5% en niños en edad escolar (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman y Rohde, 2007), siendo más frecuente en niños que en niñas con una relación de tres a uno (Valdizán, Mercado y Mercado-Undanivia, 2007). En la mayoría de los casos, algunos de los síntomas persisten en la edad adulta (Pardos et al., 2009).

Garrido Gil, et al. (s/f) destacan que dichos síntomas se manifiestan en varios entornos, tales como, familia, escuela, amigos y, s son lo suficientemente importantes como para afectar el aprendizaje y las relaciones familiares y sociales. A pesar de ello, la investigación sobre el trastorno se ha centrado fundamentalmente en los aspectos cognitivos, quedando en un segundo plano el estudio de las dificultades afectivas.

Algunos estudios conductuales indican que tanto niños como adultos con TDAH presentan una disfunción primaria en el reconocimiento de los estímulos emocionales tales como las expresiones faciales y la prosodia afectiva; y una importante discapacidad para modular sus emociones, especialmente cuando estas son negativas (Albert et al., 2008).

Existen diferentes estudios, que dan cuenta de datos contradictorios en cuanto a la percepción de la competencia social en los niños con TDAH.

En primer lugar, en contraste con el elevado grado de rechazo social, estos niños tienen percepciones erróneas de su aceptación o rechazo: en general, sobreestiman sus competencias y las autopercepciones suelen ser más inexactas en las áreas más comprometidas (Horza et al., 2004).

Sin embargo, otros estudios encuentran que se perciben a sí mismos como diferentes a los demás niños de su edad, y la mayor divergencia con los pares la perciben en su propio comportamiento. También se revela una mayor tendencia a sentirse inferiores en otras áreas como la escolar, la social, la física y la del bienestar (Barber, Grubbs y Cottrell, 2005).

Los síntomas del trastorno se hacen más evidentes en el período escolar. Tal como Gratch (2009) lo expone, los maestros notan y se quejan habitualmente

de la mala conducta de estos niños, lo cual impulsa frecuentemente a los padres a llevar a cabo la consulta psicológica o psicopedagógica. Los conflictos continuos en el medio escolar y las experiencias de fracaso consecuente, unidas a las reacciones habituales de los adultos en forma de críticas y del rechazo de sus compañeros, pueden conducirlos a un pobre concepto de sí mismo, afectando su autoestima y competencia social.

Por su parte, la competencia social ha sido considerada como una medida sumativa del rendimiento social en las interacciones con iguales y adultos en distintas situaciones, valorado por agentes sociales significativos incluyendo al propio sujeto (Gresham, 1986). Esta forma de entender la competencia social se asienta en un enfoque multivariado, que defiende una evaluación multimétodo-multifuentes-multicontexto. En un abordaje interdisciplinario, cada evaluador aporta su punto de vista propio y distinto, y conjuntamente contribuyen a una visión más completa de la competencia social del niño o niña. Asimismo, dicho enfoque, incluye fuentes de naturaleza interna (cogniciones, creencias, emociones, entre otras) y comportamientos externos (Trianes et al., 2002).

El crecimiento y desarrollo es dialéctico, el niño actúa sobre su medio, a la vez que el medio influye al niño y las dificultades en cualquiera de los múltiples factores producen efectos en todos ellos. Resulta importante resaltar, en este punto, que en la interacción social se encuentran los elementos que, según como se presenten, dirigirán el devenir del desarrollo del niño con TDAH en su singularidad.

Las dificultades sociales de muchos de estos niños podrían obedecer a que no se adaptan a las convenciones sociales normales dentro de determinados contextos sociales, por ejemplo, los grupos de pares. Lo que ocurre es que las exigencias imprescindibles para formar parte de un grupo suponen compartir y respetar las reglas por las que se rige, acatar los códigos asumidos por todos los miembros y sentirse cómplices en las iniciativas que se derivan de los propios juegos, y estos requisitos, que exigen atención, autocontrol e inhibición de las propias conductas son los déficit esenciales de estos niños (Moreno, 2007 citado por Aguilar Roldán, 2009).

Siguiendo a Pardos et al. (2009) las relaciones con los pares, sus aceptaciones o juicios son los indicadores claves de la competencia social.

Esto puede evidenciarse a través de los tests sociométricos, los cuales constituyen medidas indirectas del funcionamiento social. Si bien resulta importante tener en cuenta la percepción que el grupo de pares tiene en relación al niño con TDAH, los autoinformes son indispensables para conocer su autopercepción y autovaloración, en temas como atribuciones, sentimientos o autoconcepto. Estas variables permiten observar, en cierta medida, el impacto interno de la valoración por agentes externos, es decir, a parte de la propia imagen que tiene el niño de sí mismo y de la que le devuelve la propia sociedad, es muy probable, como se ha mencionado, que aparezca la frustración por no conseguir rendir al mismo nivel que los otros niños.

A raíz de la divergencia de los resultados obtenidos en las investigaciones señaladas, el presente trabajo tiene como objetivo establecer relaciones entre la percepción de competencia social en niños con TDAH, con la concepción que de ellos tienen sus pares. Ampliar la información en este campo permitirá desarrollar estrategias psicoeducativas dentro del aula que permitan mejorar las relaciones interpersonales, interviniendo en el entorno del niño, a la vez que, fortaleciendo sus habilidades sociales.

Objetivos generales.

Analizar la percepción de competencia social y sus relaciones con el status sociométrico en el aula de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Objetivos particulares.

- ❖ Evaluar la percepción de competencia social en niños con TDAH.
- ❖ Identificar el status sociométrico de los niños con TDAH.
- ❖ Establecer las posibles relaciones entre la percepción de competencia social y el status sociométrico en el aula de los niños con TDAH.

Métodos y técnicas.

El presente proyecto se realizará a través de un diseño de tipo ex post facto retrospectivo con un grupo, según la clasificación de Montero y León (2007).

La muestra clínica se conformará con 10 niños con diagnóstico de TDAH entre 8 y 14 años de edad, derivados por el servicio de Neurología de un Centro de

Salud de la ciudad de Mar del Plata. Se excluyen niños con antecedentes de enfermedades neurológicas o psiquiátricas, trastornos del aprendizaje y retraso mental. Se utilizará como criterio de inclusión la confirmación del diagnóstico, previo diagnóstico del médico derivante, utilizando la Escala SNAP IV versión adaptada a los criterios del DSM IV para padres y docentes (Grañana et al, 2006) y el listado de síntomas *Child Behavior Checklist CBCL* (Samaniego, 1998). La participación será voluntaria y sujeta al consentimiento informado de sus padres.

Instrumentos: Para evaluar la competencia social se utilizará el cuestionario de *The Matson Evaluation of Social Skills in Youngsters (MESSY)* adaptado al español por Trianes (2002). Este instrumento permite evaluar el grado de adecuación de la conducta social, midiendo habilidades, competencias, y problemas del comportamiento social. El cuestionario presenta sesenta y dos ítems y un formato de respuesta tipo Lickert con cuatro opciones (nunca, a veces, muchas veces y siempre). Se han considerado los cinco factores siguientes:

- *Habilidades sociales apropiadas:* (24 ítems). Este factor evalúa conductas como expresividad emocional, tener amigos, compartir, etc.
- *Asertividad inapropiada:* (16 ítems), el cuál explora conductas agresivas, de burla o abuso de los demás.
- *Impulsividad:* (5 ítems). Algunos ejemplos de ítems son: “me enfado fácilmente” e interrumpo a los demás cuando están hablando”.
- *Sobreconfianza:* (6 ítems). Este factor explora conductas de sobrevaloración del yo.
- *Celos/ Soledad:* (4 ítems), el cual mide conductas como sentirse solo o no tener amigos.

Para evaluar el status sociométrico se utilizará un test sociométrico, el sociograma (Moreno, 1962). El mismo constituye una técnica que explora el grado de cohesión y la forma de estructura espontánea de un grupo, intenta definir una radiografía grupal, es decir, busca obtener de manera gráfica, mediante la observación y contextualización, las distintas relaciones entre sujetos que conforman un grupo, poniendo de manifiesto los lazos de influencia y de preferencia que existen en el mismo (Gueventter, 1981).

La implementación del test es colectiva y consiste en la formulación de tres preguntas a todos los miembros del grupo para que expresen sus preferencias.

Cronograma

ACTIVIDADES	MESES					
	1º	2º	3º	4º	5º	6º
Búsqueda, revisión y análisis de la literatura	X	X	X	X	X	X
Elaboración del marco teórico		X	X	X		
Administración de los instrumentos			X	X		
Carga de datos				X		
Análisis de los datos obtenidos				X	X	
Elaboración Informe final						X

Referencias

- ❖ Aguilar Roldán, M. L. (2009). Dificultades escolares, sociales y familiares del niño hiperactivo. ¿Cómo es su vida cotidiana?. *Revista Digital: Investigación y educación*, 53.
- ❖ Albert J., López M., Fernández J., Carretié L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*, 47: 39-45.
- ❖ Association, American Psychiatric. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM IV-TR*. Washington DC, USA: American Psychiatric Association.
- ❖ Barber S, Grubbs L, Cottrell B. (2005). Self perception in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Jornal of Pediatric Nursing*; 20: 235-45.



- ❖ Garrido Gil, C. (s/f). "Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDA-H". Consejería de Educación, Ciencia e Investigación, Región de Murcia, España. Extraído en: www.scribd.com/doc/33038562, el 25 de septiembre de 2010.

- ❖ Grañana, N., Richaudeau, A., Robles Gorriti, C., Scotti, M., Fejerman, N., & Allegri, R. (2006). Detección de síntomas para trastorno por déficit de atención e hiperactividad: escala SNAP IV, validación en Argentina. *Revista Neurológica Argentina*, 31:S20.

- ❖ Gratch, L. (2009). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Buenos Aires: Panamericana. 125-146.

- ❖ Gresham, F.M. (1986). Conceptual and definitional issues in the assessment of social competence in children. En Strain, P. S., Guralnick, M. J. y Walker, H. M. (Eds.). *Children's Social Behavior*. New York: Academic Press.

- ❖ Gueventter, E. (1981) *Medida de la Relación Social en el Aula*. Buenos Aires, Ed. Docencia.

- ❖ Horza B, Verdes C, Hinsaw S, Arnold L, Pelma WE, Molina B, et al. (2004). Self perception of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal de Consulting and Clinical Psychology*; 72: 382-91.

- ❖ Miranda, A y Uribe L. H. (2001). Funciones ejecutivas, teoría de la mente y competencia social de niños con TDAH. In Miranda, A. *Actas del I Congreso Internacional de Déficit de Atención y Dificultades de Aprendizaje* (pp.47-68). Málaga: Aljibe.

- ❖ Montero y León. (2007). A guide for naming research studies in Psychology *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 7 (3): 847-862

- ❖ Moreno, J. L. (1962). *Fundamentos de Sociometría*. Buenos Aires: Ed.Paidós.

- ❖ Pardos, A., Fernández-Jaén, A. y Fernández-Mayoralas, M. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención /hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48 (Sup. 2): S107- S111.

- ❖ Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Lessa Horta, B., Bierderman, J., Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD :A systematic review and metaregression analysis. *American Journal Psychiatry*, 164, 942-948.

- ❖ Samaniego, V. (1998). *El Child Behaviour Checklist: su estandarización y aplicación en un estudio epidemiológico. Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años*. Buenos Aires: Informe Final UBACYT Mimeo.

- ❖ Trianes, M. V., Blanca, J., Muñoz, A., García, B., Cardelle Elawar, M. e Infante, L. (2002). Relaciones entre evaluadores de la competencia social en preadolescentes: Profesores, iguales y autoinformes. *Anales de psicología*, 18 (2), 197-214.

- ❖ Valdizán, J., Mercado, E., Mercado-Undanivia, A. (2007). Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. *Revista de Neurología* , 44 (Supl 2), S27-S30.


.....
Josefina Pubiabes.
Firma Supervisor


.....
Wilhelmina Balcer
Firma Co-Supervisor.

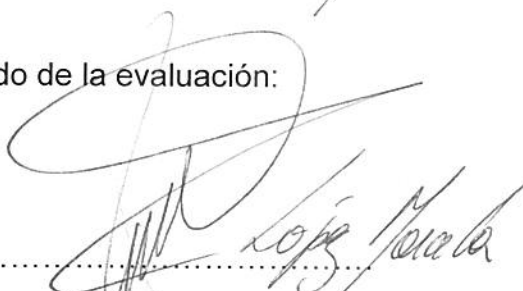

.....
Florencia Arteaga


.....
DANIELA PAOLA RUSSO.

Firma alumnas.

PI Área de investigación: *Aprobado*

Resultado de la evaluación:


.....
Firma del Evaluador

Fecha: *18/11/2010*

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.	
TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.	
. Definición y descripción del TDAH.....	15
. Prevalencia.....	16
. Evolución conceptual del trastorno.....	17
. Etiología.....	20
. Grupo sintomático principal.....	25
. Criterios diagnósticos.....	29
. Subtipos del TDAH.....	34
. Diagnostico diferencial y comorbilidad.....	36
. Diferencias de género.....	37
. Tratamiento.....	39
ASPECTOS SOCIALES EN EL TDAH.	
. Definición y descripción de conceptos.....	44
. Dificultades sociales en niños con TDAH.....	46
. Implicancias de variables emocionales en la interacción social de niños con TDAH.....	51
. Alteraciones motivacionales en el TDAH.....	52
. Reconocimiento emocional en el TDAH.....	53
. Regulación y expresión de las emociones.....	54

III. MATERIALES Y MÉTODO

3. 1. Tipo de estudio.....	57
3. 2. Participantes.....	57
3. 3. Técnicas e instrumentos.....	58
3. 4. Análisis de los datos.....	62
3.5. Procedimiento.....	63

IV. RESULTADOS.....

V. CONCLUSIONES.....

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

VII. ANEXOS.....

VIII. AGRADECIMIENTOS.....

136

A decorative graphic on the right side of the page features three overlapping circles of varying sizes and shades of gray. Two thin lines intersect at the top center, forming a large 'V' shape that frames the circles. A horizontal gray band is positioned behind the text.

I. INTRODUCCIÓN.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones neuroconductuales más frecuentes en la infancia y en la adolescencia (Albert, López-Martín, Fernández-Jaén y Carretié, 2008). Se caracteriza por tres síntomas nucleares: inatención, impulsividad e hiperactividad; la presencia o ausencia de alguno de ellos da lugar a tres subtipos: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado (Pardos, Fernández Jaén, y Fernández Mayoralas, 2009). Presenta una prevalencia mundial del 5% en niños en edad escolar (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman y Rohde, 2007), siendo más frecuente en niños que en niñas con una relación de tres a uno (Valdizán, Mercado y Mercado-Undanivia, 2007). Y en la mayoría de los casos, algunos de los síntomas persisten en la edad adulta (Pardos et al., 2009).

Garrido Gil, et al. (s/f) destacan que los síntomas del trastornos se manifiestan en varios entornos, tales como, familia, escuela, amigos y, a veces, son lo suficientemente importantes como para afectar el aprendizaje y las relaciones familiares y sociales. Además, producen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social, emocional y cognitivo. A pesar de ello, la investigación sobre el trastorno se ha centrado fundamentalmente en los aspectos cognitivos, quedando en un segundo plano el estudio de las dificultades afectivas.

Los niños con TDAH presentan un alto grado de rechazo social, en contraste a ello, estos niños poseen percepciones erróneas de su aceptación o rechazo social: en general, sobreestiman sus competencias y las auto percepciones suelen ser más inexactas en las áreas más

comprometidas (Hoza et al., 2004). En contraposición a lo antedicho, otros estudios encuentran que los niños con TDAH se perciben a sí mismos como diferentes a los demás niños de su edad, y la mayor divergencia con los pares la perciben en su propio comportamiento (Barber, Grubbs y Cottrell, 2005).

Gratch (2009) expone que el sentimiento de rechazo por parte de sus compañeros, los conflictos continuos en el medio escolar y las experiencias de fracaso consecuente, unidas a las reacciones habituales de los adultos en forma de críticas pueden conducirlos a un pobre concepto de sí mismo, afectando su autoestima y competencia social.

Por su parte, la competencia social, ha sido considerada como una medida sumativa del rendimiento social en las interacciones con iguales y adultos en distintas situaciones, valorado por agentes sociales significativos incluyendo al propio sujeto (Gresham, 1986). Siguiendo a Pardos et al. (2009) las relaciones con los pares, sus aceptaciones o juicios son los indicadores claves de la competencia social.

Lo anterior puede evidenciarse a través de los tests sociométricos, los cuales constituyen medidas indirectas del funcionamiento social. Si bien resulta importante tener en cuenta la percepción que el grupo de pares tiene en relación al niño con TDAH, los autoinformes son indispensables para conocer su autopercepción y autovaloración, en temas como atribuciones, sentimientos o autoconcepto. Estas variables permiten observar, en cierta medida, el impacto interno de la valoración por agentes externos, es decir, a parte de la propia imagen que tiene el niño de sí mismo y de la que le

devuelve la propia sociedad, es muy probable, como se ha enunciado, que aparezca la frustración por no conseguir rendir al mismo nivel que los otros niños.

A raíz de la divergencia de los resultados obtenidos en las investigaciones señaladas, el presente trabajo tiene como objetivo establecer relaciones entre la percepción de competencia social en niños con TDAH, con la concepción que de ellos tienen sus pares. Ampliar la información en este campo permitirá desarrollar estrategias psicoeducativas dentro del aula que permitan mejorar las relaciones interpersonales, interviniendo en el entorno del niño, a la vez que, fortaleciendo sus habilidades sociales.

Objetivo general.

Analizar la percepción de competencia social y sus relaciones con el status sociométrico en el aula de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Objetivos particulares.

- Ψ Evaluar la percepción de competencia social en niños con TDAH.
- Ψ Identificar el status sociométrico de los niños con TDAH.
- Ψ Establecer las posibles relaciones entre la percepción de competencia social y el status sociométrico en el aula de los niños con TDAH.

The page features an abstract geometric design. In the upper right, there are two overlapping circles: a smaller one with a dark grey center and a light grey ring, and a larger one with a dark grey center and a light grey ring. A thin line connects the top of the smaller circle to the top of the larger one. In the lower right, there is a large, partially visible circle with a white center and a dark grey ring. A thin line also connects the top of this circle to the top of the larger circle in the upper right. A horizontal band with a light grey, textured background spans across the middle of the page, containing the text. The left edge of the page shows a spiral binding.

III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

The page features an abstract geometric design. At the top right, there are two overlapping circles: a smaller one with a dark grey center and a light grey ring, and a larger one with a dark grey center and a light grey ring. A thin line extends from the top left towards the bottom right, passing through the circles. A horizontal grey band is positioned below the circles, containing the text. At the bottom right, there is a large, stylized circular shape with a white center, a light grey ring, and a dark grey outer edge, partially cut off by the page boundary.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD.

.Definición y descripción del TDAH.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones neuroconductuales más frecuentes en la infancia y en la adolescencia (Albert et al., 2008).

Se caracteriza por tres síntomas nucleares: inatención, impulsividad e hiperactividad; la presencia o ausencia de alguno de ellos da lugar a tres subtipos: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado (Pardos et al., 2009). El diagnóstico se fundamenta en criterios clínicos recogidos en la última edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV). Por otra parte, cabe destacar, que el TDAH presenta una alta comorbilidad con diferentes trastornos (APA, 2000).

El déficit primario del TDAH está vinculado a disfunciones ejecutivas, su manifestación en estos niños incluye inflexibilidad cognitiva, incapacidad para desarrollar un plan de acción y una meta, mantener ese plan en la mente y llevarlo a cabo con la ayuda de planificación. Más concretamente, la evidencia empírica sugiere que las manifestaciones conductuales de los subtipos con hiperactividad/impulsividad están relacionadas con una disfunción subyacente de inhibición de respuestas (Capdevila- Brophy et al., 2005).

Garrido Gil et al. (s/f) destacan que los síntomas se manifiestan en varios entornos, tales como, familia, escuela, amigos y, a veces, son lo

suficientemente importantes como para afectar el aprendizaje y las relaciones familiares y sociales.

“Algunos autores, proponen dividir los síntomas o características para el diagnóstico en primarios y secundarios, los primarios comprenden el déficit de atención, impulsividad e hiperactividad, los secundarios son resultado de alteraciones básicas, son síntomas reactivos a los primarios, por ejemplo ansiedad, depresión, baja autoestima, agresividad, déficit de habilidades sociales (...) Las deficiencias motoras, las dificultades de aprendizaje y los trastornos emocionales son síntomas descritos por la mayoría de los autores y son considerados como reactivos a los síntomas principales” (Sánchez Encalada y Damián Díaz, 2009).

.Prevalencia.

Se admite que el TDAH es la patología neurocomportamental infantil y juvenil más frecuente. Presenta una prevalencia mundial del 5 % en niños en edad escolar (Polanczyk et al., 2007), siendo más frecuente en niños que en niñas con una relación de tres a uno (Valdizán et al., 2007).

De acuerdo a la edad, existe una diferencia entre los niños que tienen entre 6 a 8 años respecto a los que tienen de 9 a 11 años, siendo mayor en el primer grupo los síntomas de hiperactividad e impulsividad, lo cual indica que, a medida que los niños crecen, las conductas hiperactivas disminuyen progresivamente a causa del desarrollo evolutivo, dado que los niños logran

adaptarse mejor a su trastorno y son más capaces de inhibir conductas inapropiadas (Urzúa, Domic, Cerda, Ramos, Quiroz, 2009).

Los síntomas de este trastorno son crónicos. Contrariamente a lo que se consideraba hasta hace un par de décadas, los síntomas y el impacto funcional del TDAH no siempre desaparecen al pasar a la edad adulta y el trastorno puede persistir en más del 50% de los casos (Aragonés et al., 2010).

.Evolución conceptual del trastorno.

En 1845 el psiquiatra Heinrich Hoffmann publicó un libro de poemas infantiles en el que se describían dos casos de TDAH. En uno de ellos, titulado "The story of Fidgety Phil", se reflejaba el caso de un niño que presentaba todas las características de un niño con TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo. Otro poema de ese mismo libro, titulado "The story of Johny Head-in-Air", relataba el caso de un niño que tenía el comportamiento propio de un paciente con TDAH de predominio inatento (Moraga, 2008).

Si bien los primeros datos sobre niños hiperactivos surgieron hacia la segunda mitad del siglo XIX fue el médico inglés Still quien describió sistemáticamente las características del síndrome en el año 1902 (Miranda, Jarque, Soriano, 1999). Still presentó veinte casos de niños con hiperactividad y los consideró como un defecto del control moral, que no obedecía a deficiencias intelectuales (Rebollo y Montiel, 2006). Además, señaló como correlato de la escasa capacidad de estos niños para

interiorizar reglas: los problemas atencionales, la mentira, el robo, una aparente reducción de la sensibilidad al castigo, acusada inmadurez, labilidad emocional y elevada frecuencia de anomalías físicas sin importancia (Miranda et al., 1999).

Las teorías de este autor tomaron gran fuerza cuando se observaron niños y adultos con una clínica parecida al síndrome hiperkinético, como consecuencia de la encefalitis epidémica de 1908. Los casos que apoyaban esta hipótesis fueron descritos sucesivamente por Hohman en 1922 y por Strecker y Ebaugh en 1923 (Díaz Atienza, 2006). El primero, describe a niños con *Síndrome de inestabilidad psicomotriz*. Un año más tarde, Steker y Ebaugh, denominaban a la inestabilidad emocional, la irritabilidad, el empeoramiento en la atención y memoria, los tics y la depresión como un Trastorno de conducta postencefálico. Fueron Khan y Cohen, los primeros autores que acuñaron un nuevo término, *Síndrome de Impulsividad Orgánica*, caracterizado por la presencia de impulsividad, hiperactividad, conducta antisocial y debilidad emocional, a causa de un daño cerebral prenatal o por un defecto congénito (Iglesias-Muñiz y Naves-Suárez, 2009).

De forma cronológica, entonces, fueron apareciendo diversos conceptos que reflejaban la hipotética etiología de lo que padecían estos niños: daño cerebral mínimo, síndrome de lesión cerebral infantil, síndrome del daño cerebral mínimo de la infancia y disfunción cerebral mínima (Capdevila-Brophy et al., 2005).

La introducción de este trastorno en el DSM recién se introdujo en la segunda edición en 1968, donde se denominó Reacción Hiperkinética de la

infancia o adolescencia, con énfasis en la hiperactividad. A partir de la década de los 70 se observa una tendencia a concebir la hiperactividad como un problema conductual al no encontrarse evidencia de una lesión cerebral causante del trastorno (Iglesias-Muñiz y Naves-Suárez, 2009). Una autora importante en ese momento, Virginia Douglas argumentó que la deficiencia básica de los niños hiperactivos no era el excesivo grado de actividad, sino su incapacidad para mantener la atención y su impulsividad (Díaz Atienza, 2006), Douglas consideró que estos niños tenían dificultades en tareas que demandaban atención sostenida y que se caracterizaban fundamentalmente por la variabilidad en el rendimiento, en este aspecto se diferenciaban claramente de niños con problemas cognitivos o de aprendizaje (Joselevich, 2003). La insuficiente autorregulación en estos niños explicaría su incapacidad para adaptarse a las demandas sociales, es decir, para imponer límites a su comportamiento y la mayoría de los problemas asociados que experimentan los sujetos hiperactivos (Díaz Atienza, 2006).

Estos y otros trabajos posteriores dieron origen al cambio conceptual más importante introducido en el DSM-III en 1980 (Capdevila-Brophy et al., 2005) donde se denominó "Déficit de atención con o sin hiperactividad", en el cual se otorgó una mayor importancia a los aspectos atencionales del trastorno (Iglesias-Muñiz y Naves-Suárez, 2009).

Tomando en consideración las investigaciones de Douglas, el diagnóstico comienza a basarse en tres listas de síntomas: desatención, impulsividad e impulsividad, por ello en el DSM-IV apareció el término tal como se lo

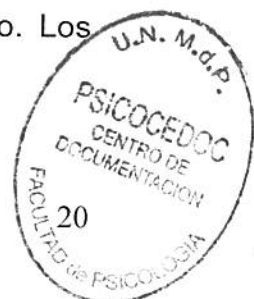
conoce actualmente e introdujo subtipos, permitiendo diagnosticar el Trastorno con o sin hiperactividad y con o sin déficit atencional (Capdevila-Brophy et al., 2005). Considerándose para el diagnóstico únicamente las manifestaciones conductuales en los dos sistemas diagnósticos vigentes: el europeo (Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición, CIE10) y el estadounidense (DSM IV), no incluyéndose las alteraciones en los aspectos cognoscitivos, neuroanatómicos, electrofisiológicos, ni genéticos que la comunidad científica reconoce como vinculados al TDAH (Téllez Villagra, Valencia Flores, Beauroyre Hajar, 2011).

.Etiología.

Existe una gran controversia dentro de la comunidad científica sobre las dimensiones reales de este trastorno. Numerosos estudios apuntan al papel fundamental que los factores genéticos y neurobiológicos tienen en el origen y expresión del trastorno. No obstante, se pueden diferenciar distintos factores de riesgo para el desarrollo del TDAH, factores que, aún hoy continúan sin ninguna prueba diagnóstica patognomónica y cuyos criterios definitorios se siguen debatiendo (Cardo y Servera, 2008).

1. Factores genéticos

Siguiendo a Cardo et al. (2010) se sostiene que, los familiares de pacientes con TDAH tienen mayor riesgo de desarrollar el trastorno. Los



estudios genéticos muestran un riesgo aumentado de 2 a 8 veces entre los padres y hermanos de niños con TDAH.

Por su parte, los estudios de gemelos ofrecen valores de concordancia del 50-80% en gemelos monocigóticos y alrededor del 30% en gemelos dicigóticos, datos que permiten calcular valores de heredabilidad en torno al 76% (Bitaubé, López-Martín, Fernández-Jaén, Carretié Arangüena, 2009).

El sistema dopaminérgico es uno de los más estudiados, y el gen más consistentemente asociado al TDAH es el gen del receptor dopaminérgico D4. El gen del transportador presináptico de dopamina (DAT1) también se ha asociado de forma repetida en distintos estudios. Otros genes del sistema dopaminérgico que se han implicado en el TDAH son el del receptor DRD5 y la dopamina β -hidroxilasa (DBH), esta última común también al sistema noradrenérgico. El sistema serotoninérgico también se ha implicado desde un punto de vista molecular, a través de los genes del transportador presináptico de serotonina (5HTT), del receptor serotoninérgico 5HT1B y de la proteína neuronal SNAP-25 (Ramos-Quiroga, Ribasés-Haro, Bosch-Munsó, Cormand-Rifá y Casas, 2007).

Los estudios epidemiológicos demuestran una importante contribución genética por medio de genes mayores o contribuciones poligénicas que están inmersos en una complicada red de factores ambientales y culturales. A pesar de ello, el fracaso de los estudios genéticos en identificar todos los genes de riesgo evidencia, como se ha indicado anteriormente, la complejidad etiológica del trastorno (Cardo et al., 2010). En este sentido, los trabajos clínicos realizados por diferentes grupos han mostrado que el TDAH

presenta un elevado grado de agregación familiar. La acción combinada de variantes polimórficas funcionales en un cierto número de genes crearía una susceptibilidad al trastorno que no se expresaría en todos los ambientes (Ramos-Quiroga et al., 2007).

2. Factores neurobiológicos

En los últimos tiempos, se han intensificado los conocimientos neurobiológicos sobre el TDAH (Cardo y Servera, 2008). La evidencia científica indica que el TDAH es un trastorno con una fuerte base neurobiológica en el que están alteradas distintas regiones del circuito fronto-estriado-cerebral (Bitaubé et al., 2009).

El incremento en la utilización de las técnicas de neuroimagen en la investigación ha dado la primera evidencia de la disfunción cerebral en el TDAH. Los estudios con tomografía axial computada (TAC) y más recientemente la resonancia nuclear magnética (RNM) encontraron diferencias significativas en ciertas estructuras cerebrales que son únicas a los pacientes con TDAH (Reyna-Armida, 2006). El volumen cerebral de los niños con TDAH es menor que el de los niños sanos, tanto si se compara el volumen de todo el cerebro (la reducción es, aproximadamente, de un 5%) como si se tienen en cuenta determinadas regiones cerebrales (corteza prefrontal, corteza cingulada anterior, estriado o vermis) (Bitaubé et al., 2009).

Por su parte, Arnsten hizo una revisión de la implicación del córtex prefrontal (CPF) y sus conexiones en el TDAH a partir de estudios de

laboratorio con animales (y de la observación de pacientes con lesiones en el CPF). Confirmó la implicación estructural del CPF en la atención sostenida, la inhibición de la distracción, la atención dividida y la inhibición conductual (Cardo y Servera 2008).

3. Factores bioquímicos

En los niños con TDAH se observa una disminución de la actividad en el lóbulo frontal, una menor actividad eléctrica, un menor flujo sanguíneo (Servera Barceló, 2005). Además, se conoce que, el sistema neurotransmisor más comúnmente implicado en la fisiopatología del TDAH es el de las catecolaminas: noradrenalina (NA) y dopamina (DA). Una desregulación de la NA podría ser responsable de la disrupción del sistema de atención de la corteza posterior. Un modelo inicial postulaba que la disfunción de la NA en el Locus Coeruleus (LC) produce un déficit en la vigilancia y la atención sostenida. Las investigaciones en monos han demostrado que el LC está involucrado en el procesamiento selectivo de los estímulos sensoriales de tal manera que el estímulo sensorial atendido, pero no el ignorado, induce un gran incremento en la descarga neuronal. La respuesta del LC a las señales sensoriales está modulada, en gran parte, por los auto-receptores somato-dendríticos Alfa-2 NA.

La disfunción de la DA condicionaría una alteración en las funciones ejecutivas mediadas frontalmente y el imbalance adrenérgicos podría minar las funciones psicológicas necesarias para responder apropiadamente a los estímulos ambientales (Reyna-Armida, 2006).

4. Factores perinatales

Los factores de riesgo perinatales más importantes asociados con la aparición de TDAH son la amenaza del aborto, las convulsiones neonatales, gripes con incapacidad durante el embarazo, consumo de alcohol y tabaco (Barkley, 1998), que multiplica por 2,2 el riesgo de TDAH; mientras que el bajo peso al nacer lo multiplica por 3,1, en tanto que, el nivel socioeconómico, la edad de la madre en el embarazo y el cociente intelectual de los padres no aumentan el riesgo de TDAH (Bitaubé et al., 2009).

También el TDAH puede ser adquirido después del embarazo como resultado de lesiones en la cabeza o complicaciones durante el parto (Barkley, 1998).

5. Factores ambientales

Si bien no se ha establecido una relación causal entre los modos de vida y el TDAH, parece factible que el modelo de la sociedad actual ('infintoxicación') pueda estar contribuyendo a generar una mayor disfuncionalidad del TDAH. La proliferación de los modelos que favorecen refuerzos externos inmediatos (videojuegos, dibujos animados, televisión, Internet, publicidad, etc.), la sociedad de consumo ofrece pocas oportunidades para favorecer y entrenar la atención sostenida, la cultura del esfuerzo, la demora de recompensa, estrategias reflexivas, autocontrol, etc. El establecimiento de límites y modelos de conducta organizada suponen un importante esfuerzo educativo y requiere inversión de tiempo por parte de

los padres, elemento que cada vez es más escaso en los países industrializados. La alerta debe implicar a los clínicos y neurobiólogos, pero, sobre todo, a los responsables de la política educativa y sociofamiliar y a los propios padres (Cardo y Servera 2008).

Por otra parte, conocer las variaciones geográficas en la prevalencia mundial del TDAH puede aportar nueva información sobre sus causas. Las comparaciones geográficas son una herramienta poderosa para la investigación de la etiología de los trastornos (Cardo et al., 2010). En este sentido, en los países con alta prevalencia de TDAH puede tener un papel relevante la mayor incidencia de algunas mutaciones y no sólo justificarse por diferencias metodológicas, es decir, aplicando el mismo procedimiento metodológico y criterio diagnóstico, la prevalencia de niños con TDAH es diferente (Polanczyk et al., 2007).

En síntesis, puede decirse que, el TDAH es un trastorno en el que aparentemente existe una base neurológica o neuroquímica, aunque el grado de afectación en cada sujeto dependerá de su grado de armonía psíquica, capacidades cognitivas y también del contexto familiar en el que crece y se desenvuelve (Gratch, 2009).

.Grupo sintomático principal.

Los síntomas principales del trastorno aluden a los conceptos: atención, impulsividad, hiperactividad.

En cuanto a la atención puedo observarse que, "...prestar atención es seleccionar y centrarse en forma clara y definida en una actividad con amplia participación de la conciencia. Implica la puesta en un primer plano de algo (foco) y en segundo plano algunas otras cosas que pudieran convocar nuestra atención en ese momento (fondo); o sea, reducir al máximo la impulsividad. Ello significa tener la capacidad de poder seguir un solo impulso que es el de prestar atención a una cosa por un período importante de tiempo" (Gratch, 2009).

La atención se presenta como el área más comprometida "...los niños con TDAH tienen problemas para prestar atención a estímulos que les demandan esfuerzo mental y que no producen una satisfacción inmediata" (Joselevich, 2003).

Se distinguen tres funciones: atención selectiva, atención sostenida y atención dividida. En los casos de TDAH, la más afectada es la atención sostenida (Gómez, Álvarez- Romero, Lobato-López, 2010).

Las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales, los sujetos con esta dificultad pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares, su trabajo suele ser sucio y descuidado y pueden tener dificultades para persistir en una tarea hasta finalizarla. A menudo no siguen instrucciones y no llegan a completar actividades escolares u otros deberes. Las tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido son experimentadas como desagradables, por lo que, evitan o experimentan disgusto hacia actividades que exigen una dedicación personal y un esfuerzo mental

sostenido o una notable concentración. Suelen ser olvidadizos y no seguir las reglas del juego o actividades (Sánchez Encalada y Damián Díaz, 2009).

En relación a la impulsividad, la misma se define como la incapacidad no premeditada de una persona para controlar sus actos, implica hacer antes de pensar en lo que se va a hacer (Gratch, 2009).

Las dificultades en el área de la impulsividad pueden estar asociadas por una parte a déficits en los procesos de solución de problemas, con impulsividad social, que se convierte en dificultades para adaptarse a las normas, y por otra parte asociada a la impulsividad conductual, que propicia comportamientos precipitados y errores constantes. Todo esto conlleva dificultades para demorar las gratificaciones y los estímulos reforzadores, así como para seguir instrucciones (Gómez et al., 2010).

La hiperactividad se vincula con la inquietud, el movimiento constante y dificultad para permanecer tranquilo y aguardar turnos (Beltrán, 2006).

Tal como lo expone Joselevich (2003), la hiperactividad puede ser motora, verbal, de predominio nocturno o cognitivo, pero para que se considere inapropiada se debe tomar en cuenta el contexto y si persigue un fin.

La sobreactividad motora tiende a decrecer de forma espontánea conforme avanza la edad del niño (Gómez et al., 2010). De esta manera, varía en función de la edad y el nivel de desarrollo del sujeto, así, los niños pequeños o preescolares, suelen estar constantemente en movimiento y tocarlo todo (Sánchez Encalada y Damián Díaz, 2009).

Citando a Cardo y Servera (2008), los niños con TDAH están expuestos frecuentemente a años de respuestas negativas por su comportamiento y

sufren una desventaja social y educativa. Esta dificultad, en la mayoría de los casos, es persistente, se mantiene más o menos estable a lo largo de la edad infantil y en un porcentaje no despreciable en la etapa adulta. Sin embargo, los síntomas del TDAH son comunes a la población general y se representan como un continuo (en el cual los límites de la normalidad se establecen de una forma relativamente arbitraria, a partir, por ejemplo, de una desviación estándar y media o dos con respecto a la media), de este modo puede decirse que se trata de los extremos de un comportamiento normal. Por tanto, no es la presencia del síntoma en sí lo que determina la disfuncionalidad, sino la intensidad y la frecuencia con la que se da con respecto a la edad de desarrollo del niño y a su contexto, y sobre todo por la repercusión que tiene en el funcionamiento diario del individuo.

Más allá de los síntomas nucleares a las familias les suele preocupar otros temas, como la desobediencia, las llamadas de atención, la inmadurez y las dificultades académicas o emocionales, la incapacidad para hacer amigos o los problemas de interacción familiar (Vaquerizo-Madrid, 2008).

Asimismo la dificultad para organizarse, producto de la disfunción ejecutiva, lo lleva a una mala administración de su tiempo, una deficiente planificación y jerarquización de las tareas a realizar con la frecuente imposibilidad de completarlas adecuadamente. Esto se suele asociar a la postergación de las tareas de diversa índole con las previsibles consecuencias en el desempeño laboral, familiar o académico (Lischinsky, Torralva, Torrente, Manes, s/f).

Respecto al lenguaje, área en la cual se cimienta la conducta y la socialización, pueden presentarse dificultades en los niños pequeños con TDAH, ya que suelen tener una mayor predisposición para aprender menos y retrasar habilidades académicas básicas, como la prelectura. Estos niños tienen un estilo de aprendizaje preescolar predecible y determinante. Un grupo importante de ellos refiere, incluso, cierto grado de retraso psicomotor. El estilo de juego disruptivo y el retraso del lenguaje los haría susceptibles de desarrollar dificultades tempranas del aprendizaje (Vaquerizo-Madrid 2008). Mantienen un estilo lingüístico propio, inmaduro, directo, con empleo escaso de oraciones subordinadas y grado bajo de coherencia temporal. No emplean las reglas gramaticales, utilizan malas palabras y vocabulario reducido. No aprenden de sus errores. Siempre se conducen con afirmaciones imperativas, como buscando, de esta forma, tener la razón sin justificar su pensamiento. Cambian rápidamente de modo de pensar según la propia conveniencia (Mulas et al. 2006).

.Criterios diagnósticos.

Las dificultades primarias se dan principalmente en tres áreas: atención, impulsividad y sobreactividad motora. Los síntomas deben ser evidentes antes de los siete años de edad e inferir al menos en dos ámbitos, ya sea en el familiar, escolar o social (Vaquerizo-Madrid, 2008). Tomando como referencia el DSM- IV los principales criterios diagnósticos del TDAH se exponen a continuación:

Tabla 1. Criterios diagnósticos: DSM IV.

A) Se deben cumplir los criterios (1) y /o (2).

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad desadaptativa en relación con el nivel de desarrollo.

Desatención (a menudo...)

- a) No presta atención a los detalles o incurre en errores por descuido en tareas escolares o de otro tipo.
- b) Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- c) Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) Tiene dificultades para seguir instrucciones o para completar tareas (debido a comportamientos negativistas o a incapacidad para comprenderlos).
- e) Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) Evita o le disgusta tener que dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.
- g) Extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
- h) Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) Es descuidado en las actividades diarias.

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido durante por lo menos 6 meses con una intensidad desadaptativa en relación con el nivel de desarrollo.

Hiperactividad (a menudo...)

- a) Mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b) Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que debería estar sentado.
- c) Corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas (en adolescentes puede limitarse a sentimientos de inquietud).
- d) Tiene dificultades para jugar o dedicarse a situaciones de ocio.
- e) "Está en marcha" o actúa como si tuviera un motor.
- f) Habla en exceso.

Impulsividad (a menudo...)

- a) Precipita respuestas antes de haber sido completadas preguntas.
- b) Tiene dificultades para completare turno.
- c) Irrumpe o se inmiscuye en actividades de otros.

B) Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C) Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela y en casa).

D) Deben existir pruebas claras de deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.

E) Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno de estado de ánimo, de ansiedad).

Según el DSM-IV, para diagnosticar el TDAH en cualquiera de sus categorías, hay que tener en cuenta una serie de aspectos que se enumeran a continuación.

❖ Algunas alteraciones provocadas por los síntomas, se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo en casa y en la escuela).

❖ Algunos de estos síntomas que causan alteraciones, se presentan antes de los 7 años de edad. Debe haber pruebas claras de deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral, es decir de que los síntomas interfieren de forma significativa en la vida de la persona.

Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.



El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basándose en la observación de la conducta del niño y su tolerancia a la falta de actividad durante la entrevista a los padres. La anamnesis valorará la presencia de síntomas y su persistencia en distintos ambientes, así como los antecedentes personales y familiares. La exploración física deberá incluir una valoración neurológica, visual y auditiva. Los exámenes complementarios se solicitarán según los hallazgos de anamnesis y exploración física. El estudio psicométrico determinará el nivel intelectual, la capacidad de atención y concentración, así como aspectos emocionales (Vaquerizo-Madrid, 2008).

En relación a los diferentes modos de evaluación utilizados, entrevista clínica o pruebas estandarizadas, éstos también pueden ser una fuente de la disparidad de cifras, ya que implica variabilidad entre profesionales y entre los distintos instrumentos existentes. Por lo que respecta a los instrumentos utilizados, existen diversas escalas tales como la Conners, la CBCL o la SNAP-IV, que son las más utilizadas a nivel mundial (Vaquerizo-Madrid, 2008).

Puede señalarse la especial dificultad de diagnosticar la inatención como síntoma, y el TDAH con predominio de déficit de atención, como síndrome, frente a los otros síntomas y subtipos del trastorno. Esto es debido, principalmente, a que se trata de un síntoma menos visible que otros, que puede pasar desapercibido con mayor probabilidad puesto que es internalizante, que provoca menor distorsión, tanto en el ámbito familiar como escolar. En cambio, los síntomas externalizantes, son más perturbadores y dan lugar a mayor número de quejas y de demandas de

atención, tanto por parte de padres como de maestros. Es quizá por ello que el número de pacientes diagnosticados por el pediatra como TDAH con predominio de inatención es menor que el obtenido a partir de la escala SNAP-IV (Navarro Pardo y Méendez Moral, 2010).

A pesar de lo anteriormente expuesto, no se dispone aún de un modelo diagnóstico clínico consensuado, de un protocolo de trabajo unificado entre los expertos, ni de pruebas neurobiológicas específicas para llegar al mismo. El tiempo necesario para observar adecuadamente los comportamientos del niño, para entrevistar y dialogar con la familia, para interpretar y recoger la información del colegio se convierte en una barrera difícil de superar para muchos profesionales (Vaquerizo-Madrid, 2008).

A lo anterior hay que añadirle que, existen diferencias en cuanto a los sistemas de clasificación vigentes. En relación al CIE-10, el mismo, considera necesaria la existencia simultánea de los 3 síntomas: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad constituyendo el cuadro "Alteración de la actividad y la atención". Reconoce, asimismo, una categoría separada "El trastorno hiperkinético de la conducta", cuando coinciden además de los 3 síntomas una alteración de la conducta. (Hidalgo Vicario, 2007).

De este modo, utilizando el CIE-10 que considera criterios más restrictivos, se diagnostican un menor número de casos que utilizando el DSM-IV. En este último, existe la posibilidad de diagnóstico para un niño con el tipo inatento que puede no tener ningún síntoma de hiperactividad/impulsividad. Por otra lado, al utilizar criterios del DSM-IV es más probable diagnosticar las formas de hiperactividad e inatención leves en

el niño como TDAH, con mayor riesgo de obtener falsos positivos en el diagnóstico, que con el CIE-10 (Hidalgo Vicario, 2007).

.Subtipos del TDAH.

El TDAH se ubica en la clasificación de los trastornos mentales de la APA (Asociación Americana de Psiquiatría), en el apartado de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador (DSM IV, cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 1994).

De acuerdo con ésta clasificación, se establecen 3 subtipos del TDAH, según la presentación del síntoma predominante:

Ψ Tipo con predominio del déficit de atención.

Ψ Tipo con predominio de la impulsividad-hiperactividad.

Ψ Tipo combinado, donde predominan tanto síntomas de desatención como de impulsividad-hiperactividad.

Algunos estudios muestran que existen diferencias entre los subtipos de TDAH como así también entre las distintas etapas de desarrollo en que dicho trastorno se manifiesta: niñez, adolescencia y adultez. Dichas consideraciones aún no han sido ajustadas por los actuales sistemas de clasificación diagnósticos (Barkley, 2009).

La conducta de hiperactividad motora, tan característica en la infancia, suele decrecer en la entrada a la adolescencia y es reemplazada por lo que se llama «hiperactividad cognitiva». Mientras que, la impulsividad persiste a lo largo de la vida adolescente, lo cual no siempre se pone de manifiesto en

conductas disociales. Por su parte, las funciones cognitivas tales como memoria de trabajo verbal, discurso internalizado, el auto-control emocional y la organización a lo largo del tiempo son áreas cada vez más complejas, más elaboradas, mejor desarrolladas a esta edad y en consecuencia, pueden ser más afectados por el trastorno (Palacios Cruz et al., 2009).

Por ello es que sería prudente que los autores de escalas de clasificación evalúen estas dimensiones para proporcionar normas relacionadas con la edad para puntuar los propósitos. El umbral de DSM-IV se desarrolló en niños y se probó sólo con niños; por lo tanto, no se puede aplicar también a los adolescentes o a los adultos (Barkley, 2009).

Por otra parte, datos recabados de un estudio llevado a cabo por Capdevila- Brophy et al., (2005) sugieren diferencias en el perfil neuropsicológico de los subtipos de TDAH. En primer lugar, el rendimiento del grupo TDAH combinado es menor que el del caracterizado por la desatención en la mayoría de pruebas de función ejecutiva en las que no interviene el límite de tiempo en la ejecución. El subtipo predominantemente desatento rinde por debajo del combinado en las pruebas con límite de tiempo, lo que hace pensar en un enlentecimiento del procesamiento de la información en el grupo desatención. En segundo lugar, el subtipo combinado obtiene un rendimiento significativamente menor en medidas de memoria de trabajo no verbal, control motriz y múltiples componentes de función ejecutiva. En tercer lugar, ambos grupos comparten déficit en velocidad de producción de respuesta y memoria de trabajo verbal (Palacios Cruz et al., 2009).

Lo anterior permite hipotetizar áreas de superioridad cognitiva para cada subtipo, memoria espacial para el subgrupo desatención y composición gestáltica en el subgrupo combinado, que podrían estar relacionadas con procesos compensatorios de habilidades (Capdevila- Brophy et al., 2005).

.Diagnostico diferencial y comorbilidad.

Los trastornos del desarrollo se diagnostican en función de criterios dimensionales, tienen límites poco definidos y frecuentemente se solapan.

Los principales trastornos que pueden presentar comorbilidad con el TDAH son, el trastorno negativista desafiante (presente de manera sucesiva hasta en el 50% de los casos), de aprendizaje (20-25 %), de conducta (25%) y de ansiedad (25-35%) (Holguín-Acosta y Cornejo Ochoa, 2008). Gratch (2009) agrega, los trastornos, por tics (10%), afectivos (4%) y la manía e hipomanía (2%).

Es probable que, la relación entre estos cuadros no tenga una base orgánica, sino psicopatológica y ella consistiría en que en todos estos niños siempre se encuentra subyaciendo un serio daño en la autoestima que hace que el niño ya no espere tener gratificaciones o recibir reconocimiento de otros, por ejemplo, en su desempeño escolar (Gratch, 2009).

Los niños que presentan TDAH asociado con otros diagnósticos revisten una mayor gravedad clínica, dado que ven afectadas en mayor medida las distintas áreas de su vida familiar, social y académica, y siguen una evolución más desfavorable que los niños que tienen TDAH sin

comorbilidad, requiriendo una intervención terapéutica más compleja (López-Villalobos, Serrano-Pintado, Delgado Sanchez Mateos, 2004).

Además, los síntomas de comorbilidad aumentan su severidad en relación a la edad, presentando el mayor efecto en el período final de la adolescencia. Adolescentes con TDAH muestran una mayor predisposición en el futuro a la búsqueda activa de estimulación y al consumo de drogas (Moreno Gómez et al., 2010).

En esta misma línea, Flores Lázaro (2009) ha encontrado que los niños con TDAH de tipo combinado presentan mayor conducta agresiva, inestabilidad emocional y fluctuaciones en el control de la conducta. Mientras que, aquellos en los que predomina la inatención, presenta menores problemas de conducta, predominando en ellos la pasividad conductual.

En cuanto a características en la conducta social, los niños con TDAH con predominio de hiperactividad-impulsividad presentan índices mayores de conducta desafiante y menor predominio de habilidades sociales. Una de las principales dificultades de este grupo de niños es la incapacidad para inhibir las respuestas impulsivas en tareas o situaciones sociales que requieren control y organización de la conducta (Gómez et al., 2010).

.Diferencias de género.

Las investigaciones actuales sostienen que la heredabilidad y las influencias ambientales tanto en niñas como en niños son similares. Sin

embargo, las revisiones clínicas tienden a demostrar que se diagnostican más varones en una proporción de tres a uno (Manos, 2006).

En 1999, un estudio apoyado por el Instituto Nacional de Salud Mental estadounidense encontró que existen diferencias de sexo en la forma clínica como afecta el TDAH a mujeres y hombres. Principalmente existe una mayor posibilidad por parte de las mujeres de presentar síntomas de inatención en comparación a los hombres en quienes predominan los síntomas de hiperactividad, impulsividad y comportamientos disruptivos secundarios (Urzúa et al., 2009). Estas diferencias en la manifestación conductual del trastorno, podría determinar un mayor número de varones diagnosticados con TDAH que de mujeres.

Las niñas poseen un riesgo menor para la depresión mayor, el trastorno de conducta y el trastorno negativista desafiante, que los niños con TDAH, así como en el abuso de sustancias nocivas. Con respecto a las dificultades cognitivas que deben afrontar las niñas con el trastorno se ha encontrado que son similares a la de los niños (Biederman, Farone, Mick, Williamson, Wilens, 1999).

Las niñas cuyo diagnóstico de TDAH se da en la infancia presentan mayor cantidad de síntomas de salud mental y menor cantidad de logros en la esfera escolar que las niñas de la misma edad sin TDAH. En particular, las niñas con este trastorno tienen más probabilidades de sufrir síntomas internalizados, como la depresión y la ansiedad, y transmiten una baja percepción de sí mismas. Asimismo, presentan mayor consumo de sustancias y más síntomas de trastornos alimentarios. Por ello, no sorprende

que tengan deficiencias en sus habilidades sociales y mayores dificultades para relacionarse con sus compañeros. Estos factores adicionales de estrés pueden asociarse al hallazgo de que las niñas con TDAH ingresan para hospitalizaciones psiquiátricas con más frecuencia que los varones. En cuanto al fortalecimiento de sus virtudes, cabe recordar que las niñas con TDAH son muy creativas, por lo cual hay que ayudarlas a expandir sus habilidades en esta área (Kirsten, 2008).

.Tratamiento.

Existen diversas alternativas de tratamiento para el TDAH. La atención oportuna puede mejorar significativamente el pronóstico, por lo que es necesario que las familias y profesores se informen adecuadamente, conozcan en qué consiste y cuáles son las alternativas de tratamiento disponibles (Sánchez Encalada y Damián Díaz, 2009).

Resulta importante en pacientes con este tipo de trastornos elaborar un plan de tratamiento específico para cada caso, con el objetivo de reforzar los aspectos positivos de estos niños y en el cual se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Ψ Considerar el TDAH como un trastorno habitualmente crónico.
- Ψ Valorar si existen otros trastornos psiquiátricos comórbidos.
- Ψ Actualizar las evidencias más recientes relativas a los tratamientos más eficaces.

Ψ Realizar una mirada multimodal, que puede incluir tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico.

Ψ Considerar las preferencias y preocupaciones de pacientes y familiares.

Ψ Revisar y modificar el tratamiento de manera regular si no hay respuesta de los síntomas (López Martín et al., 2009).

Por lo antedicho, pueden proponerse distintos tipos de tratamientos, tales como, tratamiento farmacológico, la orientación y el entrenamiento conductual a padres y profesores, tratamiento psicopedagógico, modificación cognitiva de lo conductual y el entrenamiento en habilidades sociales y las modificaciones académicas (Presentación Herrero, Siegenthaler Hierro, Jara Jiménez y Casas, 2010).

En cuanto al tratamiento farmacológico, el mismo resulta necesario en 7 de cada 10 niños, y debe individualizarse en cada uno de ellos, identificando la dosis mínima eficaz y bien tolerada. Los psicoestimulantes, y de éstos el metilfenidato, han sido y son los fármacos más utilizados y estudiados para el tratamiento de este trastorno (García García et al., 2008).

Asimismo, el tratamiento del TDAH debe incluir el abordaje psicoeducativo de los padres, del niño y de su entorno, entendiendo por éste también el medio educativo (Cardo et al., 2010).

Los programas de entrenamiento conductual pretenden enseñar a los padres algunas técnicas de modificación de conducta que les ayuden a eliminar o reducir estos problemas. Se les enseña a identificar y manipular los antecedentes y consecuentes de la conducta de sus hijos con el objetivo de aumentar los comportamientos positivos, por ejemplo, mediante atención

positiva, elogios y recompensas materiales, y de reducir los comportamientos no deseados, por ejemplo, mediante la extinción o el tiempo fuera (Bitaubé et al., 2009).

Las intervenciones académicas para estudiantes con TDAH tienen como objetivo la reducción de las conductas problemáticas y la potenciación del aprendizaje por medio de adaptaciones curriculares que tengan en cuenta las necesidades educativas específicas que presentan. En general, suelen abarcar toda una serie de procedimientos instruccionales, acomodaciones ambientales y organizacionales que han mostrado su eficacia para potenciar su motivación y para desarrollar la atención y auto-regulación ante las diferentes tareas escolares (Casas y Ferrer, 2010).

En muchos casos, medidas tan sencillas como sentar al niño con TDAH en primera fila de clase, permitir cierto movimiento durante la clase y utilizarlo además como recompensa (borrar el pizarrón, repartir hojas o hacer un mandado), confirmar que el alumno ha leído completamente la pregunta de un exámen o supervisar los tiempos asignados a cada pregunta en los exámenes escritos, mejoran significativamente el rendimiento y el comportamiento de estos niños. Estas medidas no implican exigirles menos, sino enseñarles y evaluarles de acuerdo con sus déficits. La colaboración del colegio, en general, y del profesor, en particular, es fundamental en este tipo de intervenciones (Bitaubé et al., 2009).

Por otra parte, el entrenamiento en habilidades sociales se basa en la enseñanza y práctica, a través de role playing, de un rango de habilidades: habilidades de conversación (saludar, presentarse, interrumpir

correctamente, etc.), de amistad (hacer amigos, cumplidos, iniciar y unirse a actividades de grupo, etc.) y/o de resolución de situaciones difíciles (Casas y Ferrer, 2010).

The image features an abstract geometric design. In the upper right, there are two overlapping circles: a smaller one with a dark grey center and a light grey outer ring, and a larger one with a dark grey center and a light grey outer ring. A thin line connects the top of the smaller circle to the top of the larger one. In the lower right, there is a large, partially visible circle with a white center and a dark grey outer ring. A thin line also connects the top of this circle to the top of the larger circle in the upper right. The background is white with a light grey rectangular area in the center where the text is located.

ASPECTOS SOCIALES EN EL TDAH.

.Definición y descripción de conceptos.

La competencia social en niños y adolescentes es un campo de investigación complejo y amplio, compartido por varias áreas de conocimiento, de alta productividad e interés aplicado, particularmente en el mundo de la educación (Trianes et al, 2002). A pesar de las diferencias conceptuales, gran parte de los investigadores reconocen que la competencia social implica la ejecución de un repertorio de conductas socialmente adecuadas que permiten alcanzar la efectividad en las interacciones sociales, en estrecha relación con estructuras motivacionales y afectivas (Ipiña, Molina, Reyna, 2010).

Siguiendo a Gresham (1986) la competencia social ha sido considerada como una medida sumativa del rendimiento social en las interacciones con iguales y adultos en distintas situaciones, valorado por agentes sociales significativos incluyendo al propio sujeto.

La competencia social es entendida, también, como la habilidad para conseguir metas personales en la interacción social, mientras que simultáneamente se mantienen relaciones positivas con otros a través del tiempo y de contextos (Molina, Ipiña, Reyna, Guzmán, 2011).

Ya en la década de los ochenta, diferentes autores identifican tres índices de la competencia social: el funcionamiento social (habilidades o comportamientos específicos asociados a la competencia social), los prerrequisitos cognitivos (estructuras cognitivas internas relacionadas con

las comportamentales) y los resultados del funcionamiento social (Pardos et al., 2009).

Un concepto relacionado con la competencia social es el de habilidades sociales, concebidas como repertorios de comportamientos que se presentan en la vida cotidiana y que contribuyen de modo determinante en el logro de buenos resultados en las relaciones interpersonales (Del Prette y Del Prette, 2002, citado por Camacho Gómez y Camacho Calvo, 2005). Son concebidas como comportamientos específicos por ejemplo: iniciar y mantener conversaciones, hablar en público, expresar amor, agrado y afecto, defender los propios derechos, pedir favores, rechazar peticiones, hacer cumplidos, aceptar cumplidos, expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo, re-expresar justificadamente la molestia, desagrado o enojo, disculparse o admitir ignorancia, pedir cambios en la conducta del otro y afrontar las críticas (Caballo, 1993).

La habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de una misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, el sexo, la clase social y la educación. Además, el grado de efectividad de una persona dependerá de lo que desea lograr en la situación particular en la que se encuentre. La conducta considerada apropiada en una situación puede ser inapropiada en otra. El individuo trae también a la situación sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción (Camacho Gómez y Camacho Calvo, 2005).

Tanto la competencia social como las habilidades sociales se enmarcan dentro del “comportamiento adaptativo de la persona” (Molina et al., 2011). Esta forma de entender la competencia social se asienta en un enfoque multivariado, que defiende una evaluación multimétodo-multifuentes-multicontexto. En un abordaje interdisciplinario, cada evaluador aporta su punto de vista propio y distinto, y conjuntamente contribuyen a una visión más completa de la competencia social del niño o niña (Pardos et al., 2009). Asimismo, dicho enfoque, incluye fuentes de una triple naturaleza: a) internas, tales como cogniciones, creencias, emociones, cuya medición se realiza por autoinforme; b) comportamientos externos recogidos directamente mediante observación; y c) valoraciones de agentes externos, siendo los profesores e iguales los agentes más utilizados en el contexto escolar (Trianes et al. 2002).

.Dificultades sociales de los niños con TDAH.

Como se ha mencionado, desde el comienzo de las investigaciones en TDAH, el interés se ha centrado especialmente en los aspectos cognitivos del trastorno, dejando en un segundo plano el deterioro de otros aspectos claves del desarrollo infantil y de la salud mental, como son las relaciones sociales y la competencia emocional. Actualmente estos aspectos se recogen en las clasificaciones actuales como “características asociadas o secundarias”. Cada vez son más los estudios que apuntan a la presencia de una alteración de las relaciones sociales y de la regulación emocional en

niños con TDAH (Pardos et al., 2009). Iguales o amigos inciden de manera directa en aspectos tales como, el rendimiento académico, la competencia social, el comportamiento antisocial, las características psicológicas (autoestima, soledad, depresión), entre otras (Díez et al., 2009).

Puesto que, el crecimiento y desarrollo es dialéctico, el niño actúa sobre su medio, a la vez que el medio influye al niño y las dificultades en cualquiera de los múltiples factores producen efectos en todos ellos. En la interacción social se encuentran los elementos que, según como se presenten, dirigirán el devenir del desarrollo del niño con TDAH en su singularidad (Moreno, 2007 citado por Aguilar Roldán, 2009).

En relación a ello, las dificultades sociales de muchos de estos niños podrían obedecer a que no se adaptan a las convenciones sociales normales dentro de determinados contextos sociales, por ejemplo, los grupos de pares. Lo que ocurre es que las exigencias imprescindibles para formar parte de un grupo suponen compartir y respetar las reglas por las que se rige, acatar los códigos asumidos por todos los miembros y sentirse cómplices en las iniciativas que se derivan de los propios juegos, y estos requisitos, que exigen atención, autocontrol e inhibición de las propias conductas son los déficit esenciales de estos niños (Aguilar Roldán, 2009).

Siguiendo a Díaz et al. (2009) estos niños presentan dificultades en habilidades tales como, la asertividad, la cooperación y el autocontrol, asimismo, dificultades no sólo para percibir y comprender las relaciones lógicas y causales que implica la cognición social, sino también para prevenir y elegir el comportamiento más adecuado en situaciones sociales.

Los estudios que han valorado habilidades sociales específicas en el TDAH han mostrado que estos niños muestran patrones similares de respuesta social en contextos diferenciados, que requieren para su adecuada resolución, el desempeño de otros roles (Landau y Milich, 1988).

Un concepto relacionado con lo anterior es el de asertividad, puesto que la asertividad inapropiada está relacionada en muchos casos con este trastorno. Según Camacho Gómez y Camacho Calvo (2005) la asertividad es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás.

La falta de asertividad puede entenderse de dos formas; por un lado, serán poco asertivas aquellas personas consideradas tímidas, dispuestas a dejarse humillar y no ser respetadas y por otro lado, también lo serán, las personas que se situarían en el polo opuesto: la persona agresiva, que humilla a los demás y no tiene en cuenta las necesidades del otro.

Por tanto, tanto unos como otros tendrán déficit en habilidades sociales y será importante contemplar que solo quien posee una alta autoestima, quien se aprecia y valora así mismo, podrá relacionarse con los demás en el mismo plano, reconociendo a los que son mejores en alguna habilidad, pero no sintiéndose inferior ni superior a otros (Camacho Gómez y Camacho Calvo 2005),

Las dificultades de estos niños para adaptar sus respuestas a las demandas del ambiente son consideradas como un problema de comunicación social y ejercen una negativa influencia en sus iguales, al menos en el aspecto comunicativo, en el que los niños clasificados con este

trastorno tienden a mostrar un perfil desadaptado (Lora Muñoz, Moreno García, 2008).

Cuando el comportamiento que emite el individuo es generalmente adecuado con sus propósitos o con las expectativas de los demás, se puede hablar de adaptación. Por lo tanto, el criterio de inadaptación lo marca la desviación de su comportamiento en relación con las expectativas propias o con las expectativas dominantes en su ambiente. Los niños con TDAH, no presentan comportamientos adecuados a los requerimientos de las distintas circunstancias en las que tienen que vivir. Es decir, no pueden responder a las expectativas dominantes en su ambiente, por lo tanto son más susceptibles a presentar inadaptación social. Esta inadaptación puede verse reflejada por la dificultad para relacionarse adecuadamente, bien mostrando choques o conflictos agresivos con las personas, bien mostrando choques con la normativa social. Y una escasa relación social, como también una actitud de recelo y desconfianza hacia los demás (Hernández, 1983 citado por Lewis, Cuesta Guzmán, Ghisays Cardozo y Romero Santiago, 2004).

Los niños con TDAH experimentan dificultades interpersonales y baja competencia social a pesar de que se esfuerzan por ser aceptados. Las relaciones con los pares son el indicador clave de la competencia social: la aceptación o el juicio de pares (indicadores sociométricos) son medidas indirectas de este funcionamiento social. Estos indicadores sociométricos destacan claramente que el 74% de los niños con un TDAH subtipo combinado son rechazados por sus compañeros y que el estado de rechazo suele ser frecuente y constante (Pardos et al., 2009). Generalmente, las

relaciones con los iguales suponen una fuente de experiencias positivas para los niños, habiéndose demostrado empíricamente cómo el hecho de tener amigos y sentirse aceptado por el grupo favorece el desarrollo psicológico y socioemocional de los niños. Por el contrario, el rechazo de los compañeros se ha asociado a la agresión y a la manifestación de su comportamiento social negativo (Díez et al., 2009).

Por otra parte, las dificultades interpersonales de los niños con TDAH no están restringidas exclusivamente al grupo de pares, y aparecen también en las relaciones con profesores y padres (Pardos et al., 2009).

Resulta importante destacar el estudio que llevaron a cabo Lora Muñoz y Moreno García (2008). Estos autores analizan la relación existente entre el TDAH (incluyendo los diferentes subtipos) y diversos perfiles sociales, y concluyeron que el grupo con subtipo combinado muestra un perfil de socialización más desajustado, elevado negativismo y escasa consideración con los demás. Y el grupo con subtipo inatento muestra elevada sensibilidad social, retraimiento y timidez en las relaciones sociales.

Algunos estudios indican que en contraste con el elevado grado de rechazo social, los niños con TDAH tienen percepciones erróneas de su aceptación o rechazo social: en general, sobrestiman sus competencias (física, social y académica) y las autopercepciones suelen ser más inexactas en las áreas más comprometidas. Otros estudios, sin embargo, aportan datos contradictorios, encuentran que los niños con TDAH se perciben a sí mismos como diferentes a los demás niños de su edad, y la mayor divergencia con los pares la perciben en su propio comportamiento. También



se revela una mayor tendencia a verse peor en otras áreas como la escolar (sienten que no rinden tan bien como sus pares), la social (son conscientes de su rechazo social), la física (están infelices con su apariencia física) y la de bienestar (se sienten infelices con ellos mismos en general). Las dificultades sociales y el rechazo social que suelen sufrir estos niños, puede afectar negativamente su autoestima y contribuir a generar ideas de soledad, rechazo y tristeza (Lora Muñoz, Moreno García, 2008).

.Implicancias de variables emocionales en la interacción social de niños con TDAH.

Reconocer correctamente las emociones que están experimentando otros y regular de forma efectiva las propias emociones son importantes habilidades que facilitan las interacciones sociales. Los estados emocionales y las intenciones se hacen visibles a través de señales afectivas como las expresiones faciales y la prosodia. Por tanto, la habilidad para interpretar y responder apropiadamente a estas señales constituye un componente fundamental para desarrollar relaciones interpersonales adecuadas (López-Martín et al., 2009).

Las teorías tradicionales que abordan el TDAH con respecto a la regulación y la expresión de las emociones, defienden que las personas con dicho trastorno tendrán importantes dificultades para modular sus estados afectivos, puesto que, están implicados distintos procesos de control ejecutivo. Las disfunciones ejecutivas, especialmente las vinculadas con el

control emocional y de impulsos, son las responsables de los altos niveles de agresividad, irritabilidad o frustración observados en algunos niños y adultos con TDAH (Albert et al., 2008).

Actualmente, el interés de los investigadores por el estudio de las alteraciones emocionales y motivacionales del TDAH se ha incrementado. Comienza a investigarse que los déficit en las funciones ejecutivas no son necesarios ni suficientes para explicar todos los casos de TDAH, sino que otros procesos psicológicos, tanto cognitivos como afectivos, estarían necesariamente implicados en este trastorno (López-Martín et al., 2009).

.Alteraciones motivacionales en el TDAH.

En relación al estudio de las alteraciones motivacionales, la revisión de Luman, Oosterlann y Sergeant (2005) considera que las personas con TDAH dependen en mayor medida de los controles del refuerzo externo para obtener su máximo rendimiento, normalizan su rendimiento cuando se les refuerza frecuentemente y de forma inmediata, y en situaciones en las que se debe elegir entre una recompensa inmediata y otra demorada, escogen las recompensas inmediatas, incluso cuando las recompensas demoradas son mayores y mejores. Esta preferencia por las recompensas inmediatas frente a las demoradas, es el hallazgo más consistente de la investigación sobre las alteraciones motivacionales del TDAH, constituyendo una disfunción primaria del TDAH y, por tanto, independiente de las disfunciones ejecutivas características del trastorno (López-Martín et al., 2009).

.Reconocimiento emocional en el TDAH.

El debate entre las investigaciones que abordan esta temática se centra principalmente, en determinar, si las dificultades para reconocer y comprender la información afectiva es un déficit primario o si, en cambio, están generadas por las disfunciones cognitivas del trastorno.

Los primeros datos al respecto fueron obtenidos en la década del 90. Shapiro et al (s/f) compararon el rendimiento de niños con TDAH y niños control en una batería de pruebas que evaluaba específicamente sus habilidades para identificar distintos estímulos emocionales. Los resultados indicaron que, ambos grupos no diferían en su habilidad de reconocer e interpretar las emociones de los demás. No obstante, cuando la muestra se dividió en tres subgrupos de acuerdo con sus edades, encontraron que los niños con TDAH más pequeños –aquellos que tenían entre 6 y 8 años– eran menos precisos que los niños control a la hora de reconocer distintas emociones en caras humanas. Los autores sugieren que estas dificultades no se deben a un déficit primario en el reconocimiento emocional, sino a un desarrollo tardío de las capacidades atencionales (Albert et al., 2008).

Otros autores consideran que las dificultades en el reconocimiento emocional no pueden explicarse únicamente por las disfunciones cognitivas características del trastorno, sino que constituirían una disfunción primaria del TDAH (Da Fonseca, Seguíer, Santos, Poinso, y Deruelle, 2009). Estudios actuales observaron que las personas con TDAH tenían un rendimiento similar al grupo control en las tareas cognitivas sin contenido afectivo,

mientras que diferían significativamente de sus iguales en las tareas de reconocimiento emocional (López Martín, et al. 2009).

.Regulación y expresión de las emociones.

El grupo de Wender y Reimherr ha observado que los adultos con TDAH no sólo presentan dificultades en atención, desorganización, hiperactividad e impulsividad, sino también distintos problemas afectivos: labilidad emocional, excesiva reactividad emocional y carácter irritable. Estas dificultades emocionales se agrupan formando una dimensión denominada “desregulación emocional” (Albert et al., 2008).

Las investigaciones actuales sobre habilidades emocionales en el TDAH, indican que los niños y adolescentes con el trastorno sufren dificultades para controlar sus emociones, especialmente las negativas; presentado niveles más altos de tristeza, depresión, enojo y agresividad que los niños son el diagnóstico. Así mismo a los niños con TDAH se les dificulta ocultar sus emociones aún cuando se les indica verbalmente que deben hacerlo (López-Martín et al., 2009).

La regulación emocional desempeña un papel importante en los modelos ejecutivos de Barkley y de Brown. El primero sostiene que las dificultades para modular las emociones observadas en las personas con TDAH están generadas por una disfunción primaria en los procesos de control inhibitorio y que únicamente deben estar presentes en los subtipos combinado e hiperactivo-impulsivo. La autorregulación emocional es entendida por



Barkley como un conjunto de procesos ejecutivos que nos permiten modular las emociones y que, en el caso de presentar una disfunción, pueden provocar una serie de problemas como, por ejemplo, un aumento de la respuesta emocional ante determinadas situaciones, una menor empatía, una menor capacidad de regular estados emocionales o una mayor dificultad para crear y mantener la motivación y la activación. El modelo de Barkley ha sido, posiblemente, el más influyente en las investigaciones realizadas hasta el momento sobre la regulación emocional en el TDAH. Brown, por su parte, afirma que muchos niños y adultos con TDAH tienen una baja tolerancia a la frustración y una dificultad crónica para regular sus emociones, características que los llevan a reaccionar de manera desproporcionada ante distintas situaciones o eventos (Albert, et al. 2008).

The page features an abstract geometric design. In the top right, there is a large circle with a dark grey center, a light grey ring, and a white outer ring. Below it is a smaller circle with a similar pattern. In the bottom right, a large circle is partially cut off by the edge, showing a white center, a light grey ring, and a dark grey outer ring. A thin line runs diagonally from the top left towards the center, and another thin line runs diagonally from the top right towards the center. A vertical line is on the far left. A horizontal grey band is located in the middle of the page, behind the text.

III. MATERIALES Y MÉTODOS.

.Tipo de estudio.

El presente proyecto se realizó a través de un diseño de tipo ex post facto retrospectivo con dos grupos, un grupo de niños con TDAH y un grupo sin TDAH según la clasificación de Montero y León (2007).

3.1. Participantes.

Se conformaron 2 grupos de niños escolarizados de la ciudad de Mar del Plata. La muestra clínica estuvo compuesta por 5 niños con diagnóstico de TDAH, diagnosticados y derivados por el Servicio de Neurología y Psiquiatría de una Institución de Salud de la ciudad de Mar del Plata, y la muestra control compuesta por 30 niños sin diagnóstico de TDAH con edades comprendidas entre los 8 y 12 años.

Se excluyeron niños con antecedentes de enfermedades neurológicas o psiquiátricas y trastornos del aprendizaje, con tratamiento farmacológico en el momento de la evaluación o con retraso mental moderado o grave.

La participación fue voluntaria y sujeta al consentimiento informado de los padres, los niños y las autoridades de las instituciones.

Se utilizó como criterio de inclusión la confirmación del diagnóstico, previo diagnóstico del médico derivante, utilizando la Escala SNAP IV versión adaptada a los criterios del DSM IV para padres y docentes (Grañana et al, 2006) y el listado de síntomas *Child Behavior Checklist CBCL* (Samaniego, 1998).

La muestra de niños con TDAH fue pequeña, debido a la complejidad que implica la autorización por parte de las autoridades de las Instituciones Educativas para permitir el ingreso a las mismas y realizar el estudio sociométrico. Es probable que contando con una muestra más extensa, se evidencien otros resultados, sin ser esto una condición concluyente.

3. 3 Técnicas e instrumentos.

Para evaluar la competencia social autopercebida se utilizó el cuestionario de *The Matson Evaluation of Social Skills in Youngsters (MESSY)* (Matson, Rotatori y Helsel 1983). “Matson y Wilkins (2009) revisaron 40 test de habilidades sociales para niños, y señalan que los instrumentos de mayor uso son la *MESSY* y el *Social Skills Rating System (SSRS)*” (Ipiña et al., 2010).

Este instrumento permite evaluar el grado de adecuación de la conducta social, midiendo habilidades, competencias, y problemas del comportamiento social y se aplica a jóvenes de 4 a 18 años. Posee versiones de auto-informe para alumnos y evaluación externa (padres y docentes) (Ipiña et al., 2010). En el presente estudio se utilizó la versión auto-informe, mediante el cual se puede conocer cómo percibe el niño su propia conducta en relación con la reacción de los otros (Trianes, Blanca, García, Sánchez, 2003).

Como es frecuente con los instrumentos elaborados en lengua inglesa, la escala Messy ha sido traducida a otras lenguas y adaptada en países como: Australia, China, España y Brasil, entre otros (Ipiña et al., 2010). En la presente investigación se administró en los alumnos la versión en español adaptada por Trianes (2002). (Ver anexo 2).

Sus propiedades psicométricas han sido investigadas, particularmente en muestras angloparlantes y españolas, resultando satisfactorias (Trianes, Cardelle-Elawar, Blanca Mena, Muñoz Sánchez, 2003). En Argentina, se realizó un estudio examinando las propiedades psicométricas de la escala MESSY para alumnos en la versión adaptada por Trianes, concluyéndose que posee adecuadas propiedades psicométricas, por lo cual se considera un buen instrumento para valorar el desempeño social de niños argentinos de 7 a 13 años (Ipiña et al., 2010).

De este modo se delimitan a continuación, los ítems de la escala Messy utilizada en la presente investigación. El cuestionario para alumnos comprende un total de 62 ítems agrupados en 5 dimensiones:

1. *Habilidades sociales apropiadas*: esta dimensión evalúa conductas como expresividad emocional, tener amigos, compartir, etc. Está compuesta por 23 ítems: 9, 10, 12, 13, 16, 20, 23, 24, 28, 31, 32, 34, 37, 40, 42, 43, 44, 46, 50, 52, 55, 56, 59.
2. *Asertividad inapropiada*: esta dimensión explora conductas agresivas, de burla o abuso de los demás. Está compuesta por 16 ítems: 2, 7, 11, 14, 17, 19, 21, 22, 29, 30, 39, 41, 53, 60, 61, 62.

3. *Impulsividad*: evalúa conductas impulsivas. Está compuesta por 5 ítems: 3, 4, 5, 6, 35.
4. *Sobreconfianza*: esta dimensión explora conductas de sobrevaloración del yo. Está compuesta por 5 ítems: 8, 33, 36, 57, 58.
5. *Celos/ Soledad*: mide conductas como sentirse solo o no tener amigos. Está compuesta por 4 ítems: 15, 38, 49, 54.
6. *Varios*: está compuesta por 9 ítems: 1, 18, 25, 26, 27, 45, 47, 48, 51.

El comportamiento del niño se evalúa en un escala tipo Likert de 4 puntos: 1 = Nunca, 2 = A veces, 3 = A menudo, 4 = Siempre. Mayor puntuación indica un nivel más alto de comportamientos inadecuados (dimensiones de comportamientos negativos) o adecuados socialmente (dimensiones de comportamientos positivos), en tanto que la puntuación total refleja mayor inadecuación social. El puntaje de los ítems de cada dimensión positiva se deduce del máximo valor posible para esa dimensión y se suma a las dimensiones negativas (Ipiña et al., 2010). Por ejemplo, si una dimensión de comportamientos positivos comprende 23 ítems, el máximo puntaje posible es 92; y suponiendo que un participante obtiene una puntuación en esa escala de 80, el valor que se suma al resto de las dimensiones para obtener el índice de inadecuación social será igual a 12.

Por otra parte, se utilizó para evaluar el status sociométrico en el aula, un test sociométrico: el Sociograma (Moreno, 1962). El mismo constituye una técnica que explora el grado de cohesión y la forma de estructura espontánea de un grupo, intenta definir una radiografía grupal, es decir,

busca obtener de manera gráfica, mediante la observación y contextualización, las distintas relaciones entre sujetos que conforman un grupo, poniendo de manifiesto los lazos de influencia y de preferencia que existen en el mismo (Gueventter, 1981).

Este tipo de relaciones no son necesariamente formales, en la mayoría de los casos son informales. El sociograma cumple dos funciones esenciales en el conocimiento del grupo:

1. Descriptiva: en cuanto que describe la estructura afectiva interna del grupo, es decir, la estructura de las atracciones y rechazos, de las actitudes positivas y negativas.

2. Explicativa: el test sociométrico se utiliza también para relacionar ciertos aspectos de la estructura global con otros aspectos del funcionamiento del grupo, tales como los valores y preferencias del grupo, la relación entre solidaridad y obediencia a las normas del grupo, los efectos que las circunstancias o condiciones externas tienen sobre la estructura del grupo.

La implementación del test es colectiva y consiste en la formulación de tres preguntas a todos los miembros del grupo para que expresen sus preferencias. En este sentido, las preguntas están destinadas a que cada niño elija a dos compañeros para sentarse en clase, compartir el recreo e invitar a su casa (Anexo 2). La versión original del test, consta además, de preguntas formuladas en negativo, es decir, destinadas a que los niños piensen a quién no elegirían, obteniendo información no sólo, en relación a las preferencias sino también al grado de rechazo. No obstante, para la

finalidad de la presente investigación los datos obtenidos con las preguntas positivas otorgan información suficiente para inferir el status sociométrico escolar de un niño. Además indagar respecto a sus rechazos podría movilizar en los niños aspectos que aún, por su edad, no han pensado y no serán objeto de intervención posterior.

3.4. Análisis de los datos.

Los datos obtenidos de la escala Messy fueron sometidos a un análisis estadístico descriptivo utilizando el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 15.

Para realizar la comparación de medias entre los grupos y dado el tamaño pequeño de la muestra, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, una alternativa a la prueba t sobre diferencia de medias cuando: 1) no se cumplen los supuestos en los que se basa la prueba t (normalidad y homocedasticidad), o 2) no es apropiado utilizar la prueba t porque el nivel de medida de los datos es ordinal (Pardos, 2000).

Por otra parte, para llevar a cabo el análisis de los datos del Test sociométrico se utilizó el programa computarizado Classroom Sociometrics. El mismo consta de 5 pasos, en primer lugar se cargan los datos del curso, fecha y nombre del docente. Luego se añade la lista de alumnos, diferenciados por sexo. En un tercer paso se cargan las consignas, y luego se transcriben las respuestas según la elección de cada alumno. El último paso implica la confección de las figuras. Las figuras de elecciones grupales

proyectan una radiografía grupal, es decir, permiten visualizar las relaciones entre los alumnos dentro del aula, destacando la presencia de subgrupos y elecciones mutuas, como así también aquellos alumnos que se encuentran aislados dentro del grupo y aquellos considerados líderes. Y las figuras de frecuencia permiten observar el número de elecciones que recibieron los niños.

3.5. Procedimiento.

El presente proyecto se enmarcó dentro del proyecto general denominado “Competencia social en niños y adolescentes con diagnóstico de Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad y Síndrome de Turner. Relaciones con funciones ejecutivas y parámetros biológicos” incluido en el Grupo de investigación “Comportamiento Humano, Genética y Ambiente”.

En el marco del presente proyecto se establecieron contacto con los distintos establecimientos educativos a los cuales asistían los niños de la muestra clínica, se les explicó a las autoridades el objetivo de la investigación y las características de las mismas, aclarando que la colaboración era voluntaria con previo consentimiento informado de los padres y de los niños. Los instrumentos fueron administrados a todos los alumnos de sus respectivos cursos.

A decorative graphic consisting of several overlapping circles in various shades of gray and black, connected by thin lines. One large circle is in the top right, a smaller one is in the middle, and another large one is in the bottom right. A horizontal gray band is positioned in the middle of the page.

IV. RESULTADOS.

Los resultados se presentan organizados en dos apartados: Cuestionario MESSY para alumnos y Test sociométrico.

1. Cuestionario Messy para alumnos.

Las tablas 2 y 3 presentan los estadísticos descriptivos para cada factor para el Grupo control y clínico respectivamente.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos Grupo Control

Dimensiones	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv.Típ.
1.Habilidades sociales apropiadas	30	43	87	70,97	9,622
2.Asertividad inapropiada	30	16	33	21,90	4,619
3.Impulsividad	30	4	10	5,67	1,918
4.Sobreconfianza	30	5	13	7,30	2,246
5.Celos/Soledad.	30	4	10	5,27	1,680
Total	30	46	87	61,17	11,387

Tabla 3. Estadísticos descriptivos Grupo Clínico

Dimensiones	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv.Típ.
1.Habilidades sociales apropiadas	5	43	82	68,20	15,738
2.Asertividad inapropiada	5	20	41	28,80	7,887
3.Impulsividad	5	5	8	6,00	1,225
4.Sobreconfianza	5	5	8	6,80	1,304
5.Celos/Soledad	5	4	8	5,80	1,789
Total	5	46	94	71,20	21,147

El análisis de las mismas permite observar que las medias para el grupo clínico se encuentran dentro de la media respecto al grupo control en las dimensiones 1, 3, 4 y 5. “Asertividad inapropiada,” se encuentra un desvío estándar por encima del grupo control. El puntaje total para el grupo clínico si bien se encuentra dentro de la media, presenta un valor mayor que el grupo control.

Con el objeto de comparar ambos grupos y determinar si estas diferencias resultan estadísticamente significativas, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney, los resultados se presentan en la tabla 4.

Tabla 4. Prueba de U de Mann-Whitney

	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4	Dimensión 5	Total
U de Mann- Whitney	75,00	29,00	56,50	71,00	60,00	54,0 0
Z	,000	-2,210	-,898	-,192	-,748	-,991
Sig. asintót. (bilateral)	1,000	,027	,369	,848	,455	,322

Se observa una diferencia estadísticamente significativa (resultado menor a 0,05) entre el grupo control y el grupo clínico respecto a la dimensión 2: “Asertividad inapropiada”. En relación al resto de los factores, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

La tabla 5 presenta las puntuaciones de cada factor para cada uno de los sujetos de la muestra clínica.

Tabla 5. Medias para cada sujeto del Grupo clínico.

	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4	Dimensión 5	Total
Niño A	76	27	6	5	4	58
Niño B	63	41	8	8	6	92
Niño C	43	25	6	6	8	94
Niño D	82	20	5	7	4	46
Niño E	77	31	5	8	7	66

- Niño A: presenta valores dentro de la media para todos los factores a excepción de la dimensión 2 (*asertividad inapropiada*), en la cual presentó un puntaje con un desvío estándar superior al término medio.
- Niño B: supera al término medio en la dimensión 2 (*asertividad inapropiada*) con un desvío estándar de 4, y en la dimensión 3 (*impulsividad*), con un desvío. En el total obtiene un puntaje con 3 desvíos, superior al término medio.
- Niño C: presenta un valor mayor al término medio en la dimensión 5 (*celos/soledad*) con un desvío. En el puntaje total supera al término medio con 3 desvíos estándar. Obteniendo, por último, un valor por debajo de la media en la dimensión 1 (*habilidad social apropiada*) con 3 desvíos.
- Niño D: muestra un desvío estándar por encima de la media en la dimensión 1 (*habilidad social apropiada*), siendo menor el valor obtenido en el puntaje total con un desvío.
- Niño E: presenta un puntaje mayor al término medio en la dimensión 2 (*asertividad inapropiada*) con 2 desvíos estándar y en la dimensión 5 (*celos/soledad*) con uno.

2. Test sociométrico.

Los resultados correspondientes al test sociométrico se presentan indicando para cada niño: sexo, edad, año escolar, número de niños en el curso, estructura global del curso y posición del niño en el grupo en concordancia con el número de elecciones recibidas en cada una de las tres preguntas grupales administradas en el sociograma.

Niño	A
Sexo	Masculino
Edad	12
Año Escolar	6to Año Educación Primaria
Número de niños en el curso	34

Estructura global del curso: Se observa la presencia de respuestas divergentes, la mayoría de los niños han sido elegidos en más de una oportunidad y muchos de ellos lo hicieron mutuamente (Figura 1-6).

Estos datos evidencian la existencia de varios subgrupos dentro del aula, con una notable división entre varones y mujeres. Aunque, muchos niños no se encuentran formando parte de ninguno de éstos. En el grupo en general no se destacan liderazgos

Posición del niño A con respecto al grupo:

Pregunta I: Escribe el nombre y apellido de dos compañeros que elegirías para sentarte en clase (Figura 1 y 2).

El niño A fue elegido por uno de sus compañeros para sentarse en clase. A su vez, el niño lo elige a éste. En esta consigna 32/34 niños recibieron al menos una elección.

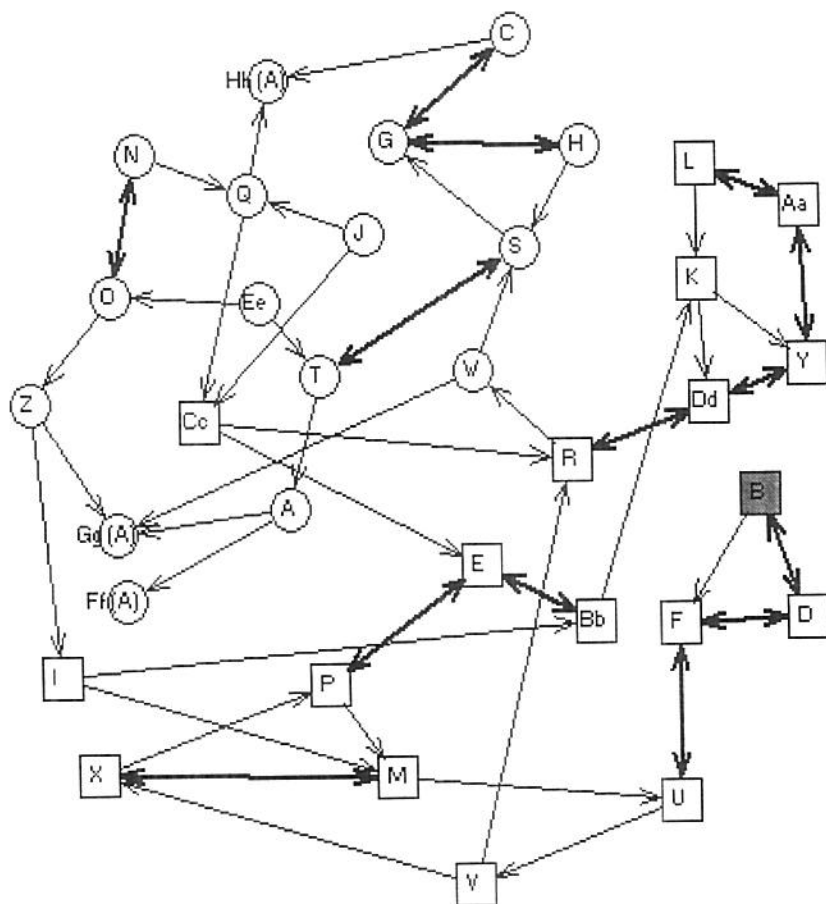
Pregunta II: Escribe el nombre y apellido de dos compañeros que elegirías para jugar en la escuela (Figura 3 y 4).

El niño A no ha sido elegido por ninguno de sus compañeros para jugar en la escuela. Respecto a sus elecciones, opta por aquél que es considerado líder, pues presenta la mayor cantidad de elecciones. Se reflejan elecciones dispares, en tanto que, 6 niños son elegidos mas de 4 veces y 8 niños no lo son en ninguna ocasión.

Pregunta III: Escribe el nombre y apellido de dos compañeros que invitarías a tu casa (Figura 5 y 6).

El niño A no ha sido elegido por ninguno de sus compañeros. Sus elecciones se corresponden con las elecciones de la primera pregunta. En relación a las elecciones del grupo, la mayoría de las elecciones se dirigen a 5 niños, los cuales han sido elegidos más de 4 veces.

Figura 1. Diagrama de elecciones para la pregunta I del grupo del niño A



- Femenino
- Masculino
- Niño con TDAH
- ↔ Elección mutua
- Elección única

45,2% de las elecciones son mutuas.
 61,8% tiene elecciones mutuas.

Figura 2. Frecuencias de elecciones para la pregunta I del grupo del niño A

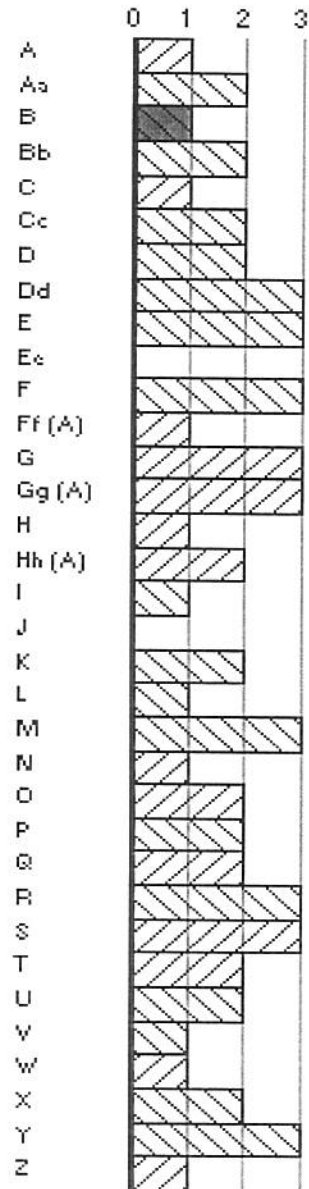


Figura 4. Frecuencias de elecciones para la pregunta II del grupo del niño A

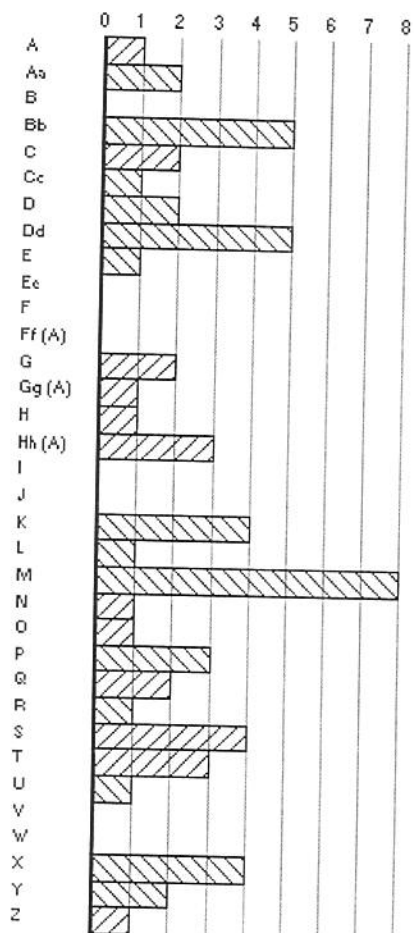
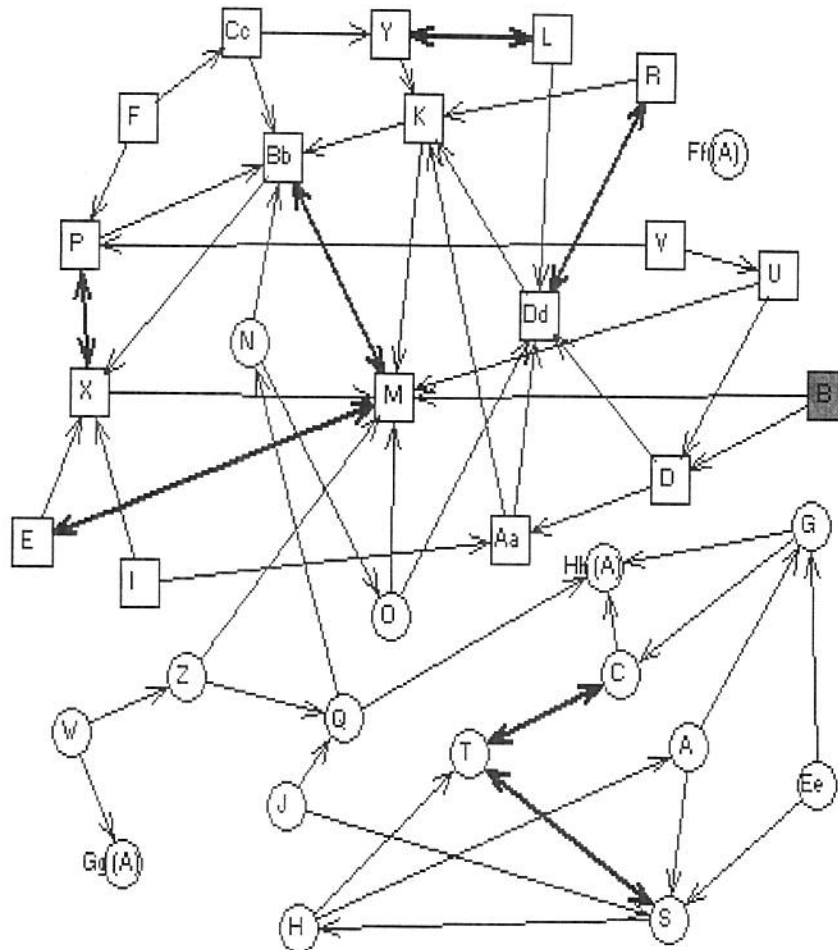


Figura 5. Diagrama de elecciones para la pregunta III del grupo del niño A

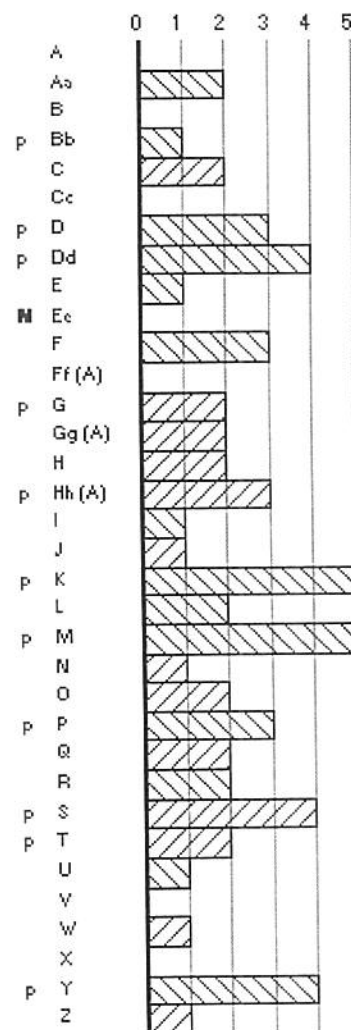


- Femenino
- Masculino
- Niño con TDAH
- ↔ Elección mutua
- Elección única

35,5% de las elecciones son mutuas.

55,9% tiene elecciones mutuas.

Figura 6. Frecuencias de elecciones para la pregunta III del grupo del niño A



Niño	B
Sexo	Femenino
Edad	8
Año Escolar	3er. Año Educación Primaria
Número de niños en el curso	25

Estructura global del grupo. Se observa que aproximadamente el 25% de los niños no han recibido elecciones por parte de sus compañeros en cada consigna, es decir, esta proporción se mantiene mientras que varían los niños elegidos en cada una de ellas. En cuanto a los niños que reciben la mayor cantidad de elecciones son siempre los mismos, exceptuando la tercera pregunta, en la cual se agregan nuevos nombres (Figuras 7-12).

La distinción importante se produce entre varones y mujeres, presentándose un líder en cada grupo de género (más notable en la primera pregunta). Lo expuesto revela que muchos alumnos mantienen una posición aislada con respecto al grupo, no se hallan integrados en los subgrupos marcados, estos son, mujeres por un lado y varones por el otro.

Posición del niño B con respecto al grupo.

Pregunta 1: Escribe el nombre y apellido de dos compañeros que elegirías para sentarte en clase (Figura 7 y 8).

La niña no ha sido elegida por ninguno de sus compañeros para sentarse en clase. Puede observarse que una de sus elecciones se dirige hacia la



líder del grupo de mujeres. En relación al grupo, se observan subgrupos por género, con un líder en cada uno de ellos.

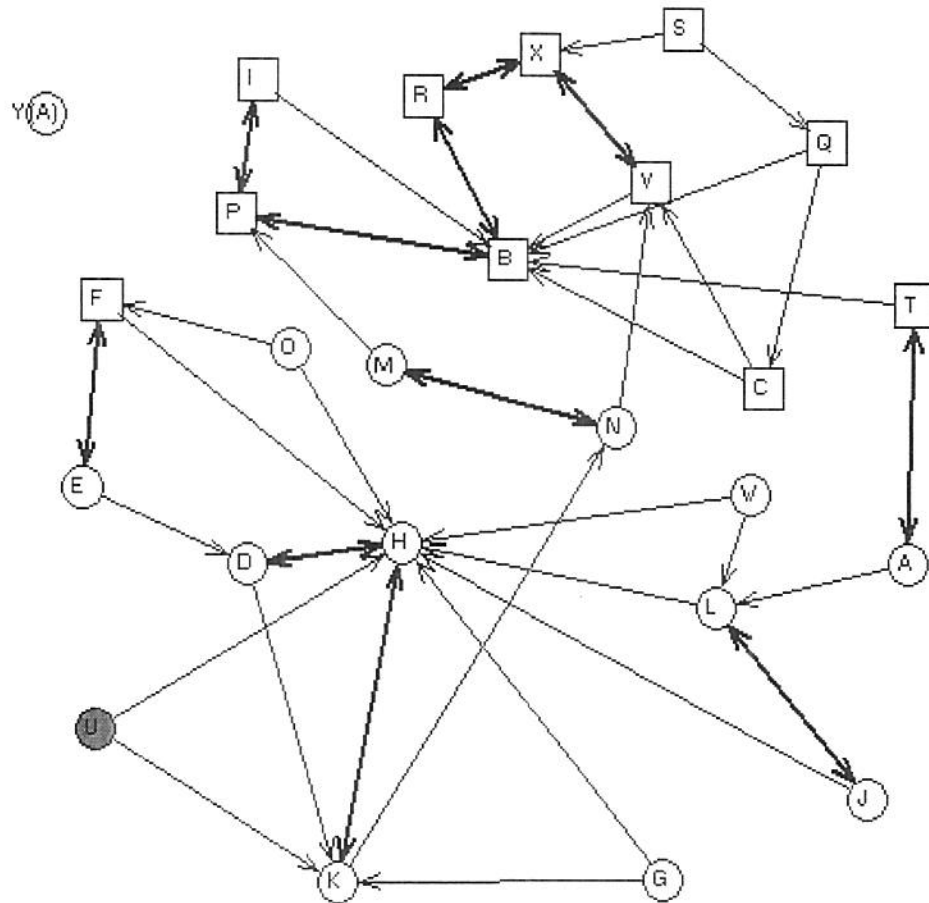
Pregunta II: Escribe el nombre y apellido de dos compañeros que elegirías para jugar en la escuela (Figura 9 y 10).

La niña ha sido elegida dos veces, al igual que la mayor parte de sus compañeros, cuatro de ellos han quedado excluidos en las respuestas, mientras que sólo uno ha sido elegido en más de cinco ocasiones.

Pregunta III: Escribe el nombre y apellido de dos compañeros que invitarías a tu casa (Figura 11 y 12).

La niña B fue elegida sólo una vez por una niña que muestra estar aislada del grupo pues no ha sido elegida para jugar en su casa por ningún compañero. En esta consigna seis compañeros no han sido elegidos en ninguna ocasión y otros seis recibieron cuatro o más elecciones.

Figura 7. Diagrama de elecciones para la pregunta I del grupo del niño B



- Femenino ↔ Elección mutua
- Masculino → Elección única.
- Niño con TDAH

45,8% de las elecciones son mutuas.

68% tiene elecciones mutuas.

Figura 8. Frecuencias de elecciones para la pregunta I del grupo del niño B

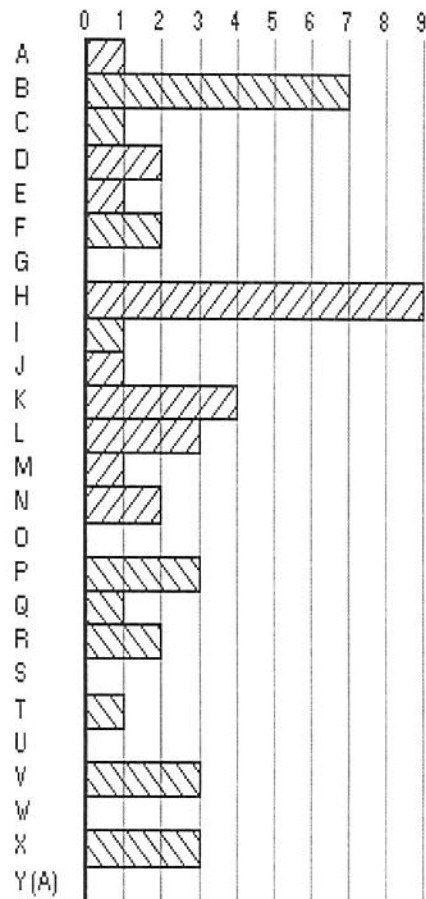
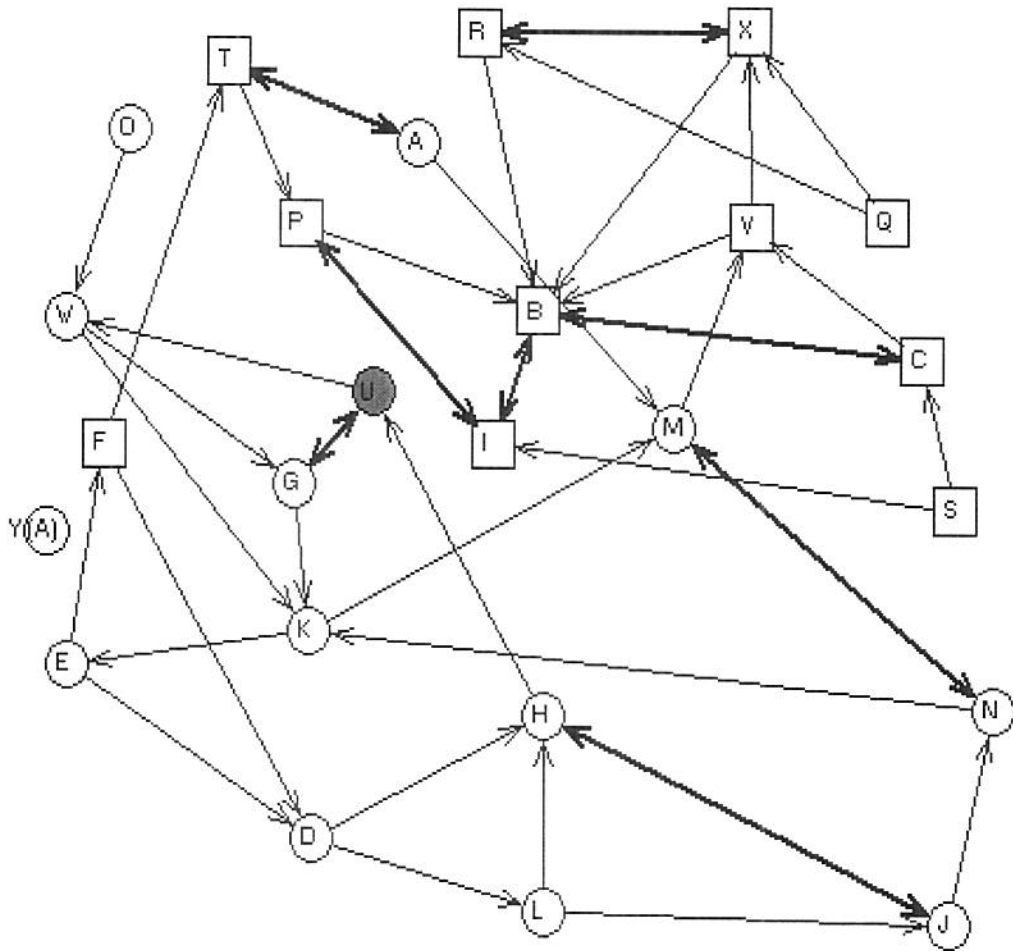


Figura 9. Diagrama de elecciones para la pregunta II del grupo del niño B



- | | | | |
|---|---------------|---|-----------------|
| ○ | Femenino | ↔ | Elección mutua |
| □ | Masculino | → | Elección única. |
| ■ | Niño con TDAH | | |

34% de las elecciones son mutuas.

56% tiene elecciones mutuas.

Figura 10. Frecuencias de elecciones para la pregunta II del grupo del niño B

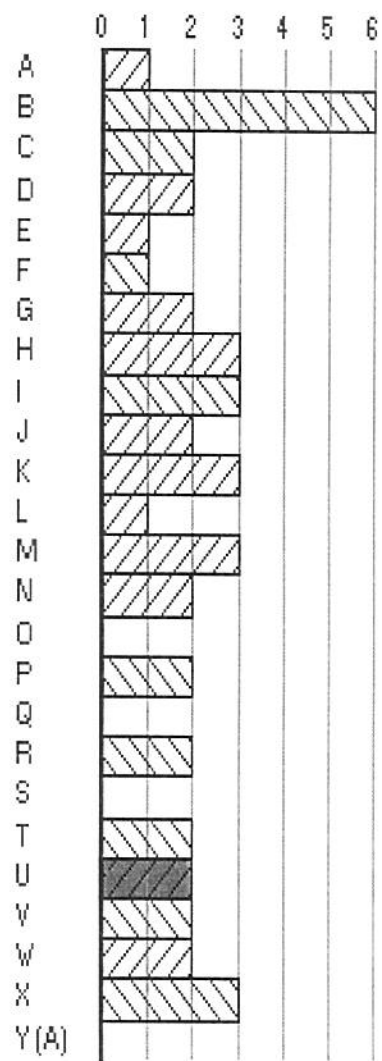
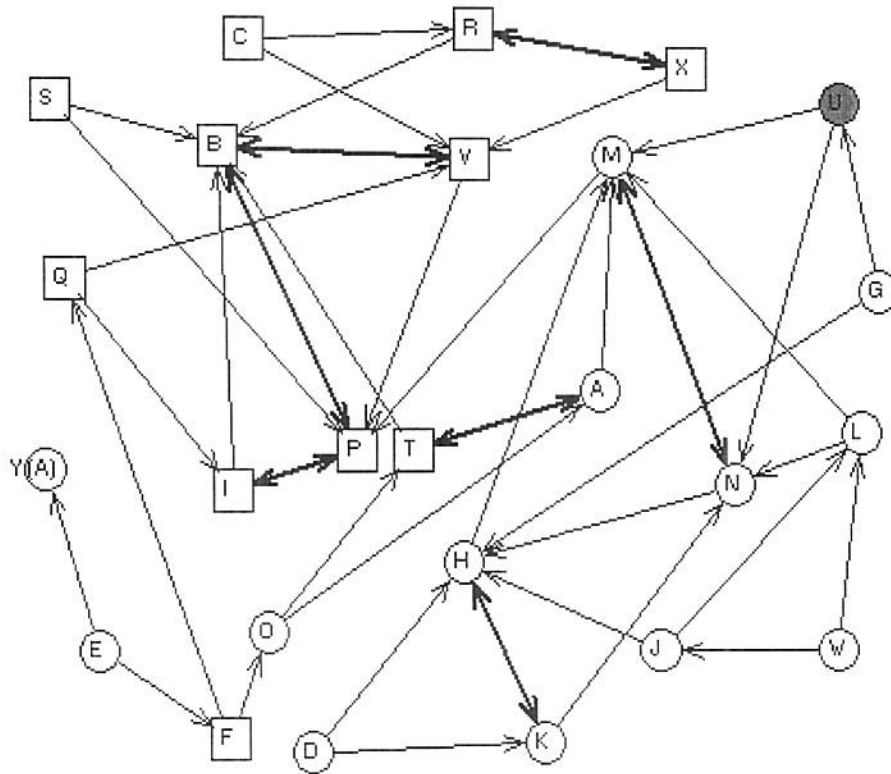


Figura 11. Diagrama de elecciones para la pregunta III del grupo del niño B

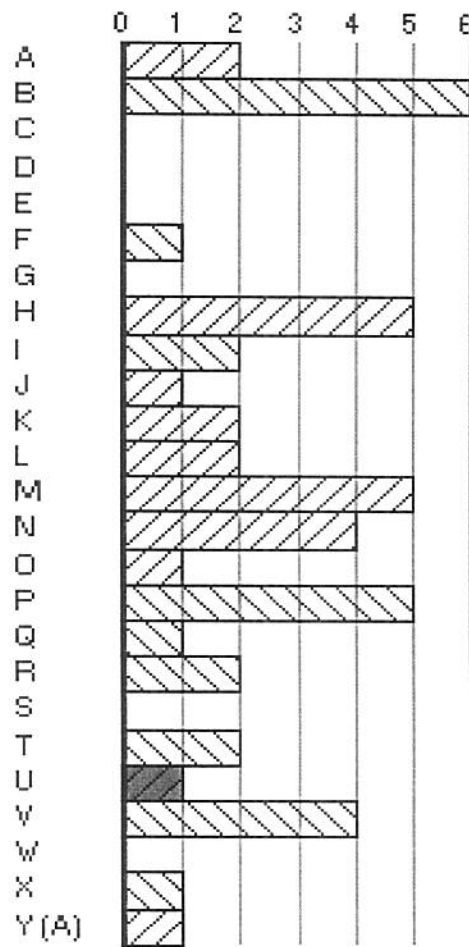


- | | | | |
|---|---------------|---|----------------|
| ○ | Femenino | ↔ | Elección mutua |
| □ | Masculino | → | Elección única |
| ■ | Niño con TDAH | | |

34% de las elecciones son mutuas.

56% tiene elecciones mutuas.

Figura 12. Diagrama de elecciones para la pregunta III del grupo del niño B



Niño	C
Sexo	Masculino
Edad	8
Año Escolar	3er. Año Educación Primaria
Número de niños en el curso	25

Estructura global del grupo.

Se puede observar en el grupo de compañeros la presencia de dos subgrupos, con varios líderes en cada uno de ellos. Estos subgrupos están compuestos por niños del mismo sexo, por lo cual en su total se encuentran líderes tanto de sexo masculino como femenino.

Además, aproximadamente el 50% de los niños recibieron elecciones mutuas. Muchos niños no han recibido elecciones en alguna de las preguntas, uno de ellos no recibió elecciones en ninguna de las consignas, por lo cual, se encuentran en el grupo algunos alumnos en una posición aislada (Figuras 13-18).

Posición del niño C con respecto al grupo:

Pregunta I: Escribe el nombre y apellido de dos compañeros que elegirías para sentarte en clase (Figura 13 y 14).

El niño C no fue elegido por ningún compañero. Entre los que él elige, se encuentra uno de los niños que puede ser considerado como líder del

curso. Las elecciones resultan variadas. Sólo se destacan dos varones y dos mujeres con una mayor cantidad de elecciones (4 y 5 respectivamente).

Pregunta II: Escribe el nombre y apellido de dos compañeros que elegirías para jugar en la escuela (Figura 15 y 16).

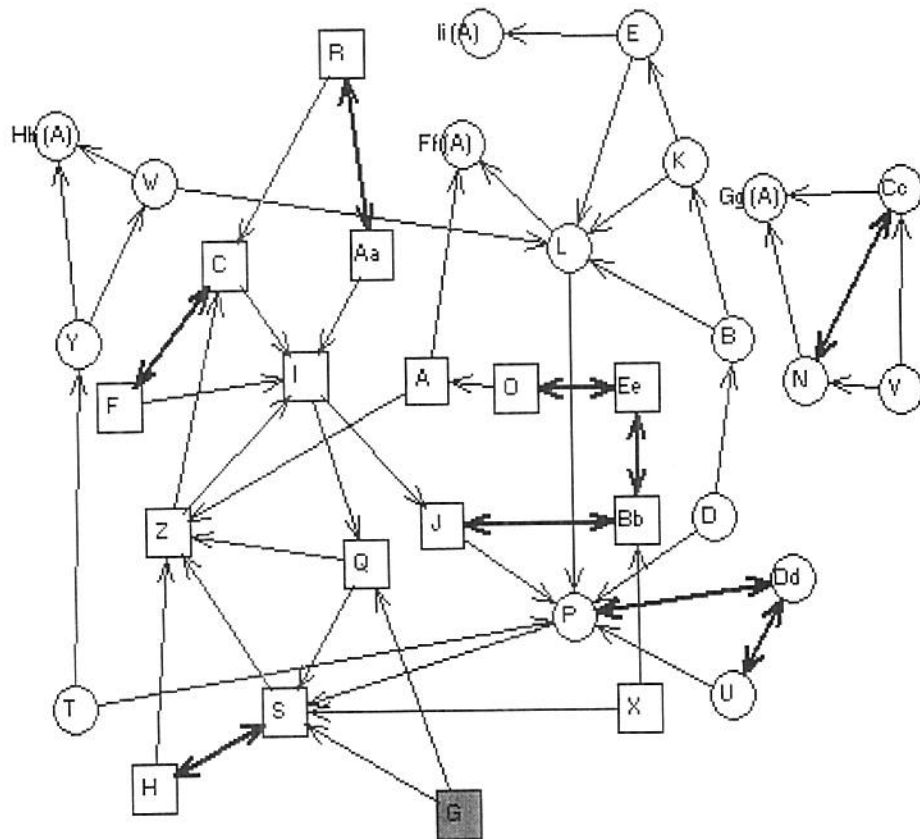
Para jugar en la escuela el niño C no es elegido por sus compañeros. A diferencia del punto anterior, el grupo en su totalidad aquí comienza a dividirse en subgrupos. El niño queda aislado de los subgrupos que se conforman entre los varones del curso, no obstante, así como él, ocho niños se encuentran en dicha posición (no recibieron elecciones).

Pregunta III: Escribe el nombre y apellido de dos compañeros que invitarías a tu casa (Figura 17 y 18).

El niño C fue elegido por uno de sus compañeros, con elección mutua, en la consigna que alude a aquellos compañeros que invitarían a su casa. Cabe destacar que, así como él, 27 niños fueron elegidos por sus compañeros en una sola oportunidad.

Respecto al grupo, se observa marcadamente la distinción entre sexos, las votaciones son más proporcionales, sólo cuatro niños no resultan mencionados por sus compañeros.

Figura 13. Diagrama de elecciones para la pregunta I del grupo del niño C



- Femenino
- Masculino
- Niño con TDAH
- ↔ Elección mutua
- Elección única.

30,8% de las elecciones son mutuas.

44,1% tiene elecciones mutuas.

Figura 14. Frecuencias de elecciones para la pregunta I del grupo del niño C

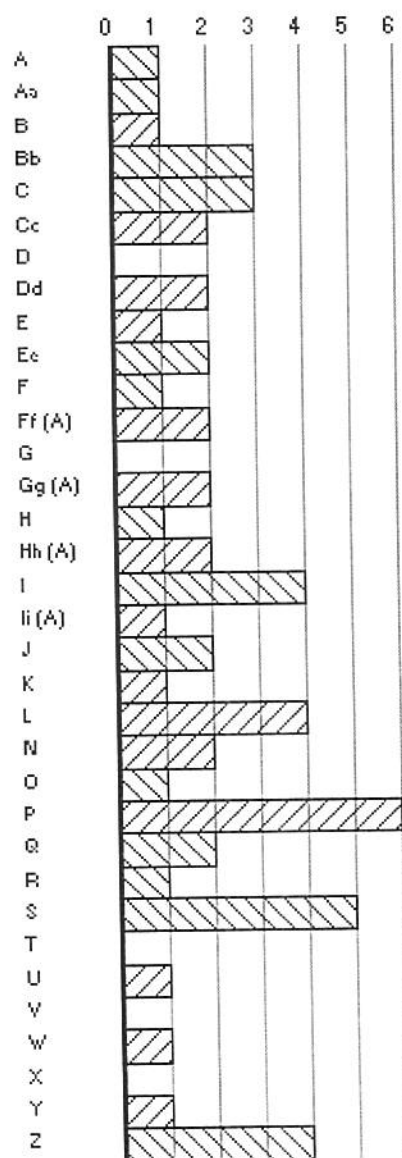
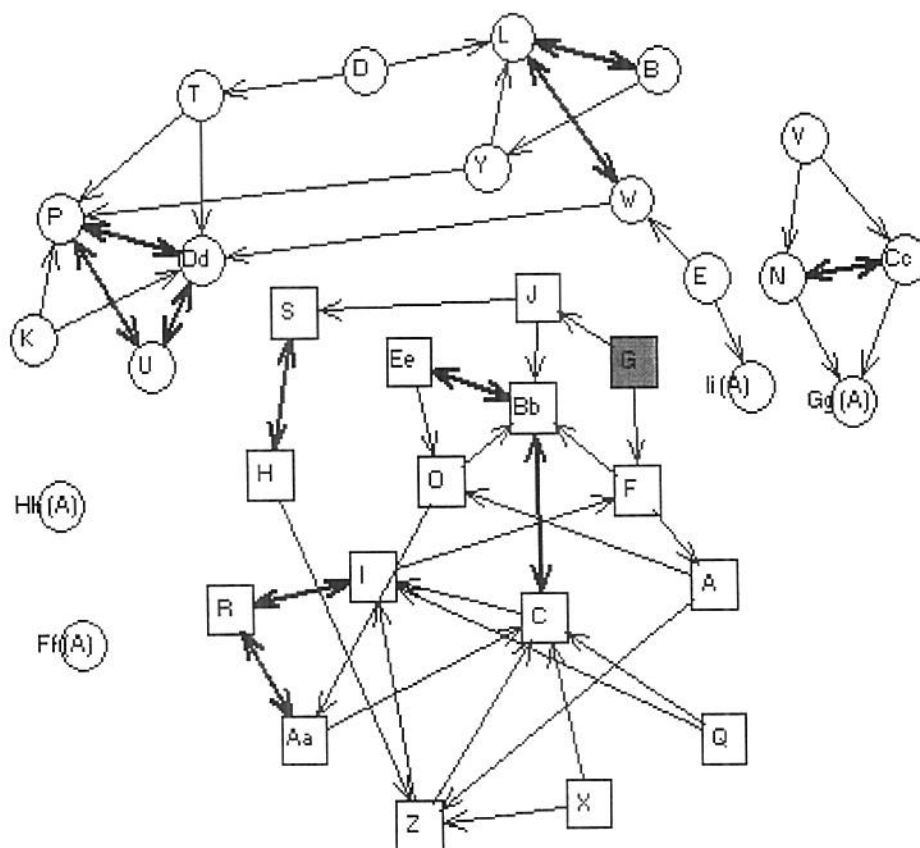


Figura 15. Diagrama de elecciones para la pregunta II del grupo del niño C



- | | | | |
|---|---------------|---|-----------------|
| ○ | Femenino | ↔ | Elección mutua |
| □ | Masculino | → | Elección única. |
| ■ | Niño con TDAH | | |

37,3% de las elecciones son mutuas.

47,1% tiene elecciones mutuas.

Figura 16. Frecuencias de elecciones para la pregunta II del grupo del niño C

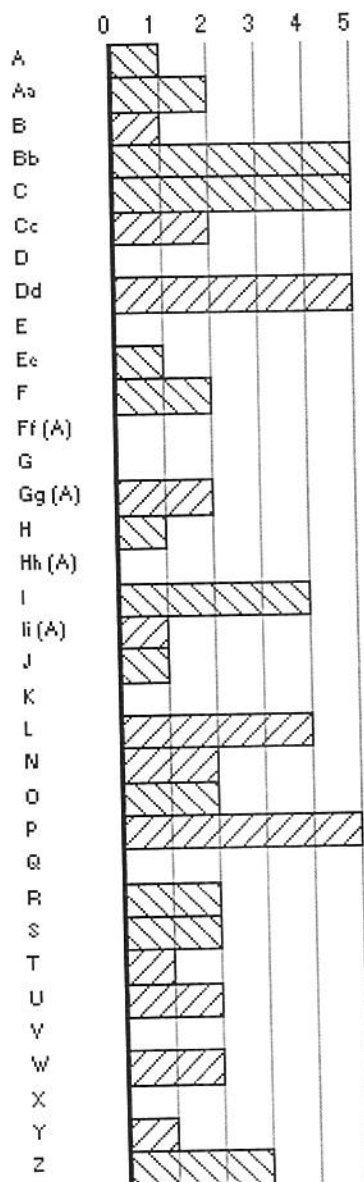
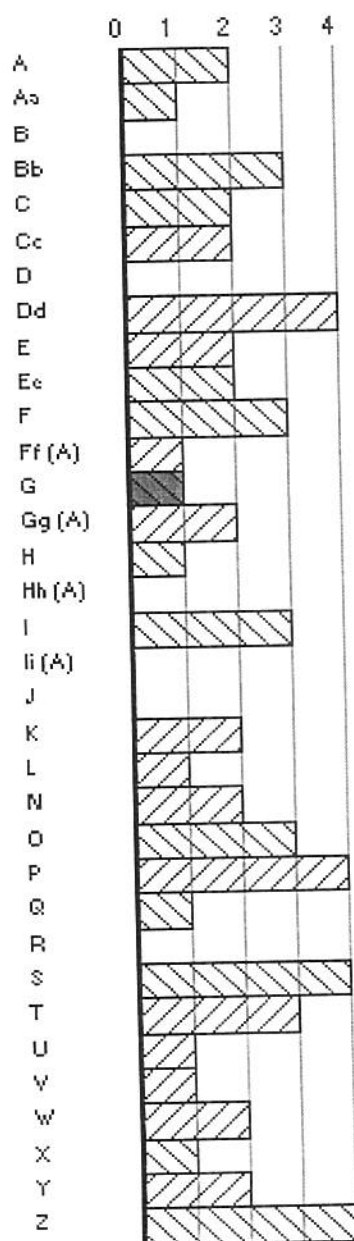


Figura 18. Frecuencias de elecciones para la pregunta III del grupo del niño C



Niño	D
Sexo	Masculino
Edad	8
Año Escolar	3er. Año Educación Primaria
Número de niños en el curso	33

Estructura global del grupo.

El grupo de compañeros presenta un gran número de interrelaciones en las tres preguntas.

Se observa un subgrupo dentro de los varones al igual que dentro de las mujeres, cabe destacar que se establecen elecciones entre compañeros de distinto sexo.

Por otro lado, cuatro niños no fueron elegidos por sus compañeros en las tres preguntas, lo cual indica que no se encuentran bien integrados en su grupo de pares. Los demás niños obtuvieron al menos una elección en algunas de las consignas, indicando cierta interrelación entre ellos. Por último, dos niños obtuvieron la mayor cantidad de elecciones a lo largo de las tres consignas, por lo cual podrían ser considerados como "líderes" dentro del aula.

Posición del niño D en relación al grupo:

Pregunta I: Escribe el nombre y apellido de dos compañeros que elegirías para sentarte en clase (Figura 19 y 20).

En relación a la elección de compañeros para sentarse en clase el niño D fue líder junto a otros dos niños varones, recibiendo cada uno de ellos un

número de 6 elecciones. Cabe destacar que 7 niños no fueron elegidos en ninguna ocasión, mientras que el resto de las elecciones se encuentran repartidas.

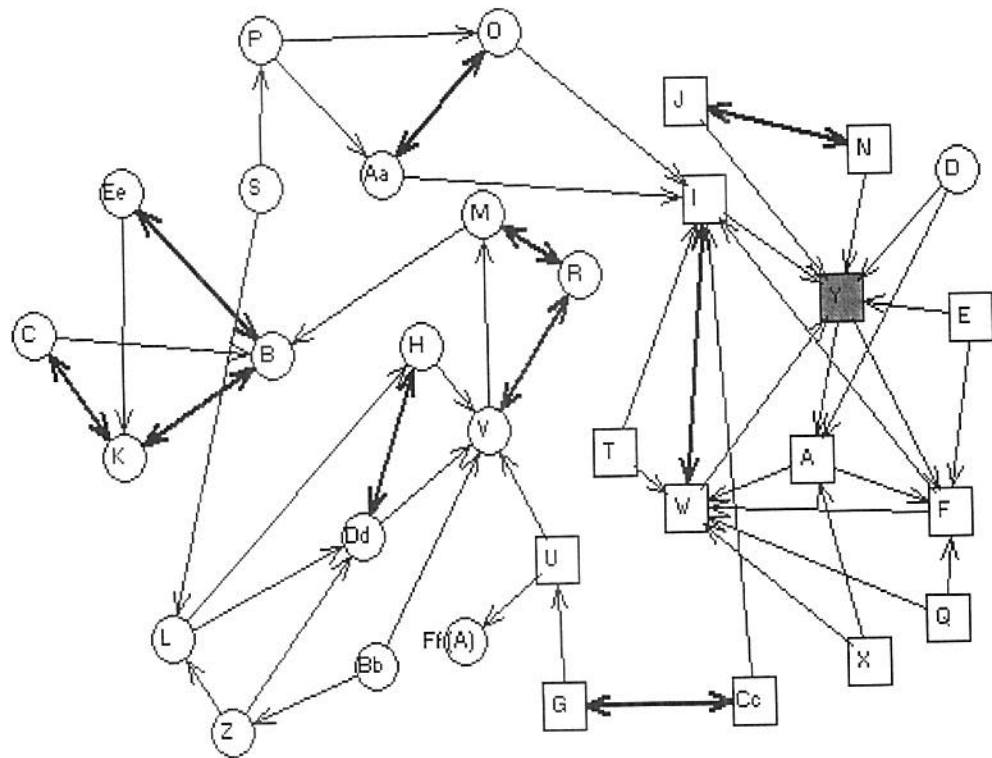
Pregunta II: Escribe el nombre y apellido de dos compañeros que elegirías para jugar en la escuela (Figura 21 y 22).

El niño D fue elegido tres veces, una de ellas con elección mutua y la otra recibida por el líder del grupo. Sólo tres niños recibieron más de tres elecciones, cinco no fueron elegidos.

Pregunta III: Escribe el nombre y apellido de dos compañeros que invitarías a tu casa (Figura 23 y 24).

El niño D recibió tres elecciones, una de ellas por elección mutua con el principal líder del curso. En esta consigna se observa una mayor distinción entre varones, por un lado, y mujeres, por otro.

Figura 19. Diagrama de elecciones para la pregunta I del grupo del niño D



- Femenino
- Masculino
- Niño con TDAH
- ↔ Elección mutua
- Elección única.

32,3% de las elecciones son mutuas.

53,1% tiene elecciones mutuas.



Figura 20. Frecuencias de elecciones para la pregunta I del grupo del niño D

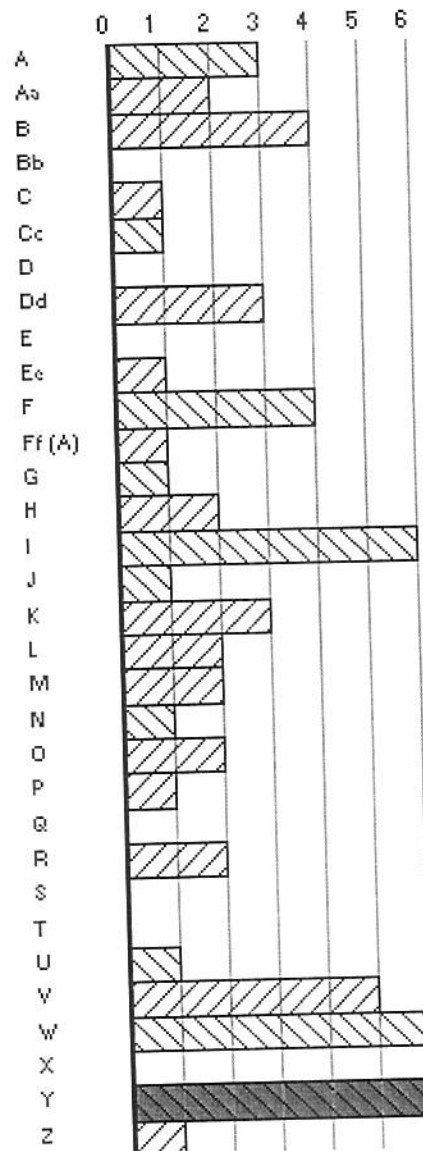
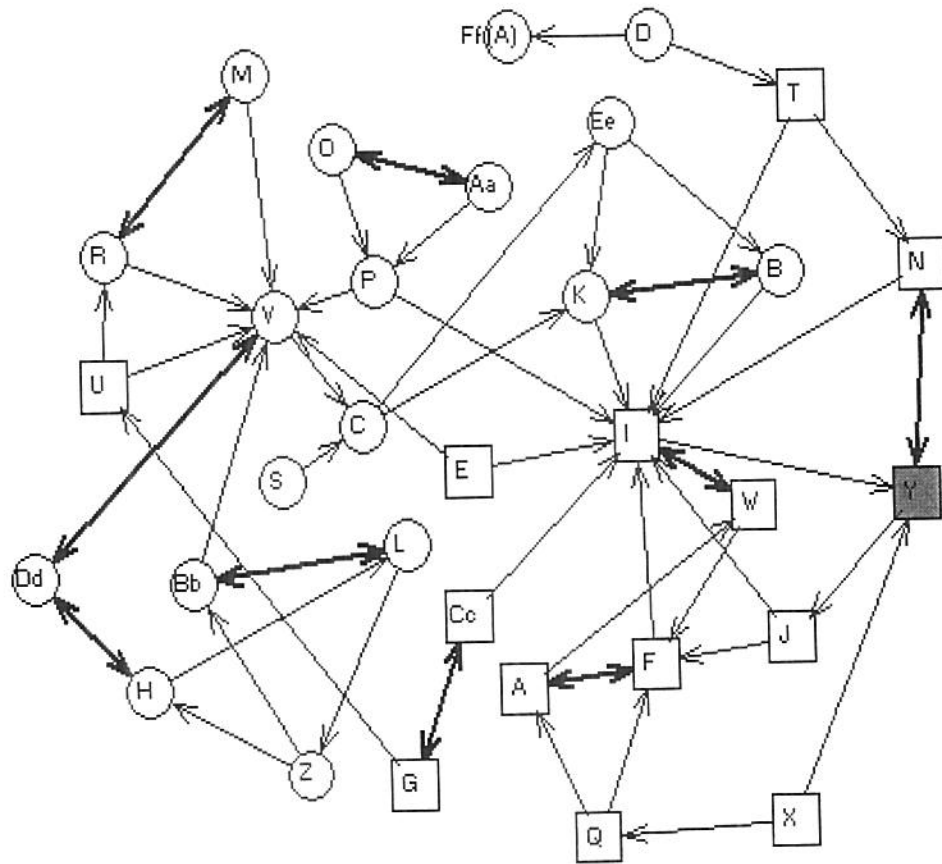


Figura 21. Diagrama de elecciones para la pregunta II del grupo del niño D



- | | | | |
|---|---------------|---|-----------------|
| ○ | Femenino | ↔ | Elección mutua |
| □ | Masculino | → | Elección única. |
| ■ | Niño con TDAH | | |

32,8% de las elecciones son mutuas.

59,4% tiene elecciones mutuas.

Figura 22. Frecuencias de elecciones para la pregunta II del grupo del niño D

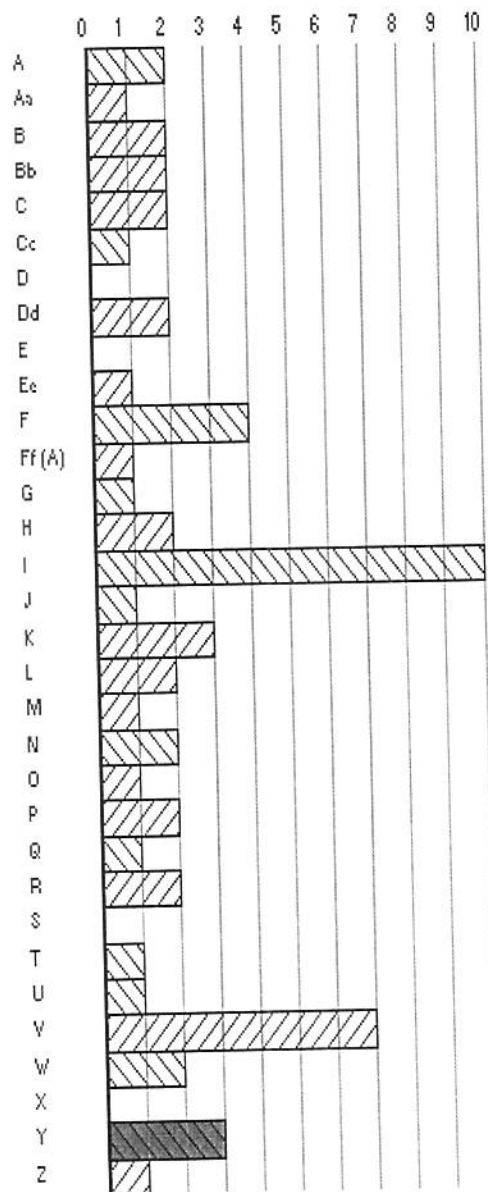
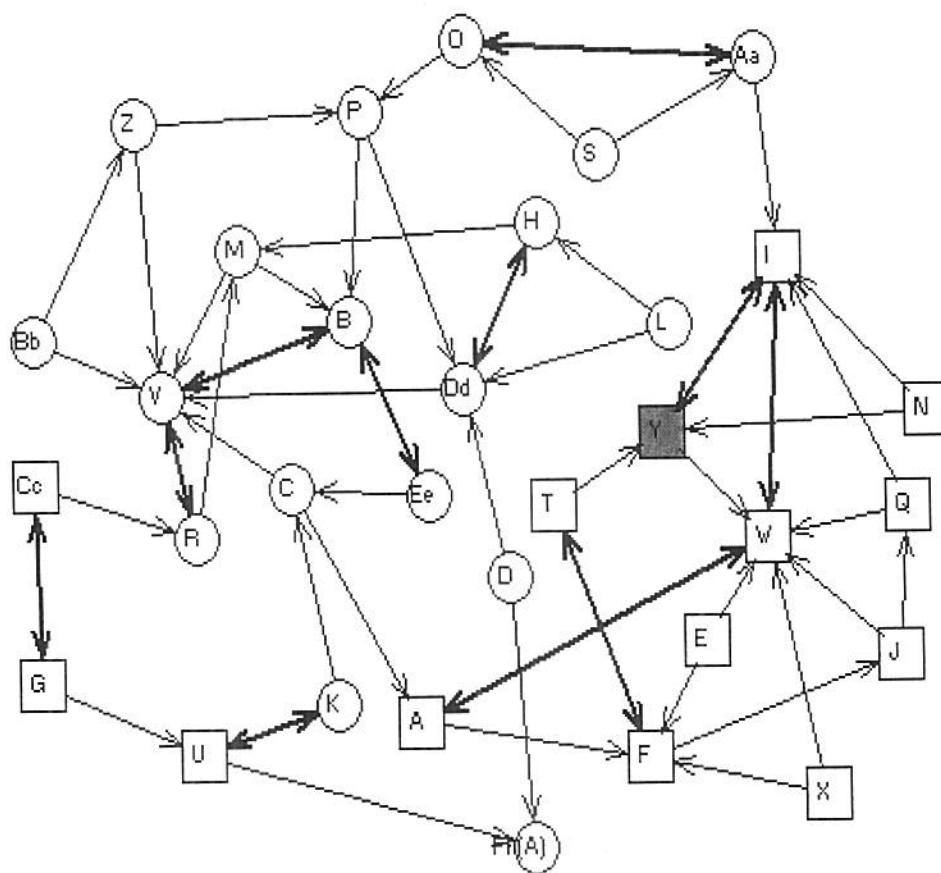


Figura 23. Diagrama de elecciones para la pregunta III del grupo del niño D

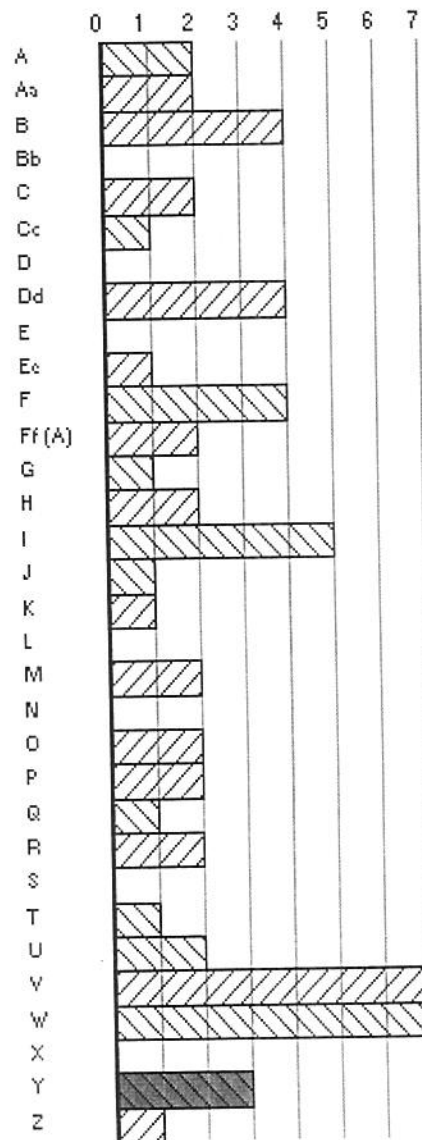


- | | | | |
|---|---------------|---|-----------------|
| ○ | Femenino | ↔ | Elección mutua |
| □ | Masculino | → | Elección única. |
| ■ | Niño con TDAH | | |

35,5% de las elecciones son mutuas.

56,2% tiene elecciones mutuas.

Figura 24. Frecuencias de elecciones para la pregunta III del grupo del niño D



Niño	E
Sexo	Femenino
Edad	8
Año Escolar	2do. Año Educación Primaria
Número de niños en el curso	31

Estructura global del grupo. Se observa en las niñas la presencia de pequeños subgrupos marcados, mientras que en los varones no se evidencia lo mismo, siendo las elecciones variadas. Entre ellos no se conforman subgrupos, sí pueden observarse liderazgos, en tanto que en las niñas éstos no se presentan. No obstante, a lo largo de las consignas los liderazgos no son permanentes, sino que van modificándose.

Posición del niño E con respecto al grupo:

Pregunta I: Escribe el nombre y apellido de dos compañeros que elegirías para sentarte en clase (Figura 25 y 26).

La niña E elige a dos compañeras. Recibe una elección, pero la misma no proviene de las niñas que ella elige.

Se observan en esta consigna, 3 líderes en el grupo elegidos por diversos compañeros, por lo que, estos líderes no se encuentran dentro de un subgrupo en particular. A su vez, se denota la presencia de 3 subgrupos.

Pregunta II: Escribe el nombre y apellido de dos compañeros que elegirías para jugar en la escuela (Figura 27 y 28).

La niña E recibió dos elecciones en la pregunta referente a los compañeros que elegirían para jugar en la escuela. Dichas elecciones no son mutuas.

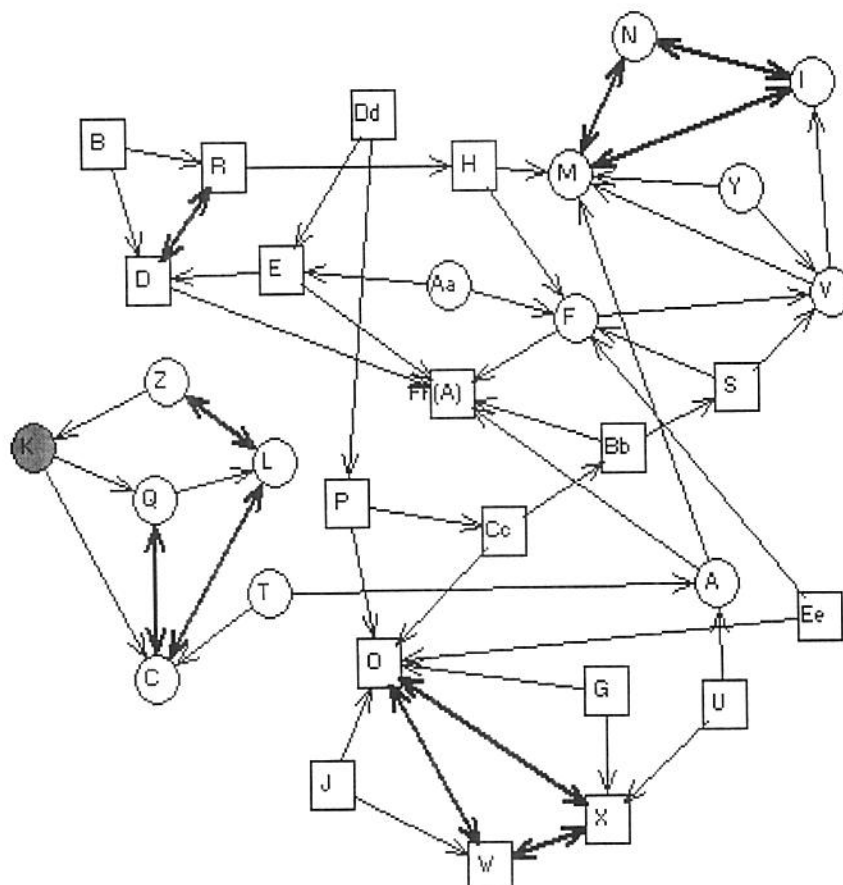
Se evidencian 3 líderes varones dentro del grupo total, dos de los cuales resultan elegidos de la misma manera que en la consigna anterior, siendo elegidos principalmente por varones, entre todos estos no se observa la presencia de subgrupos. Mientras que, en las mujeres se encuentran 2 subgrupos.

Pregunta III: Escribe el nombre y apellido de dos compañeros que invitarías a tu casa (Figura 29 y 30).

La niña D es mencionada por una de sus compañeras y ella elige a dos de sus compañeras, siendo una de ella líder del grupo. De todas formas, cabe mencionar, que elige las mismas dos compañeras a lo largo de todas las preguntas, sin obtener una elección mutua.

En esta pregunta el liderazgo se halla dividido entre 6 compañeros, pues reciben la mayor cantidad de elecciones, entre 4 y 5. Los subgrupos entre las mujeres siguen manteniéndose.

Figura 25. Diagrama de elecciones para la pregunta I del grupo del niño E



- Femenino ↔ Elección mutua
- Masculino → Elección única.
- Niño con TDAH

32,3% de las elecciones son mutuas.

37,5% tiene elecciones mutuas.

Figura 26. Frecuencias de elecciones para la pregunta I del grupo del niño E

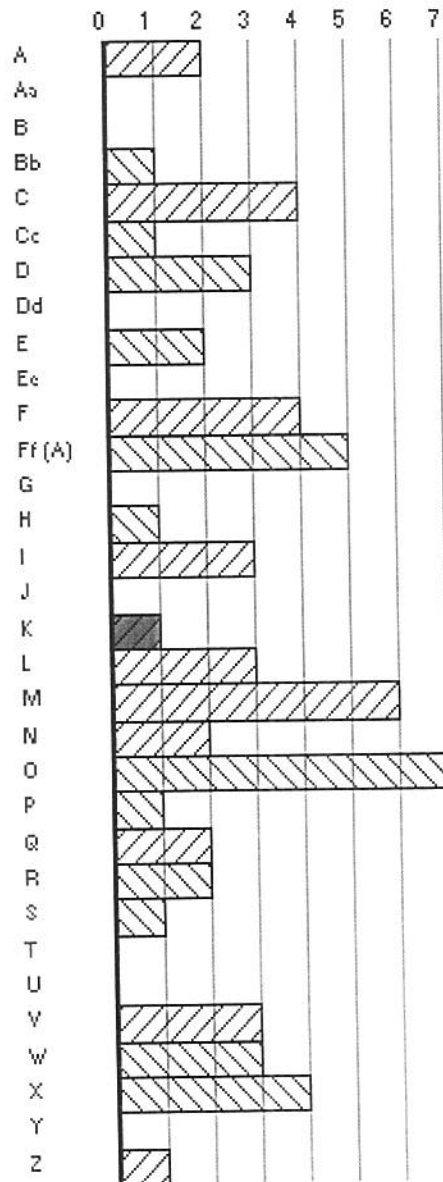
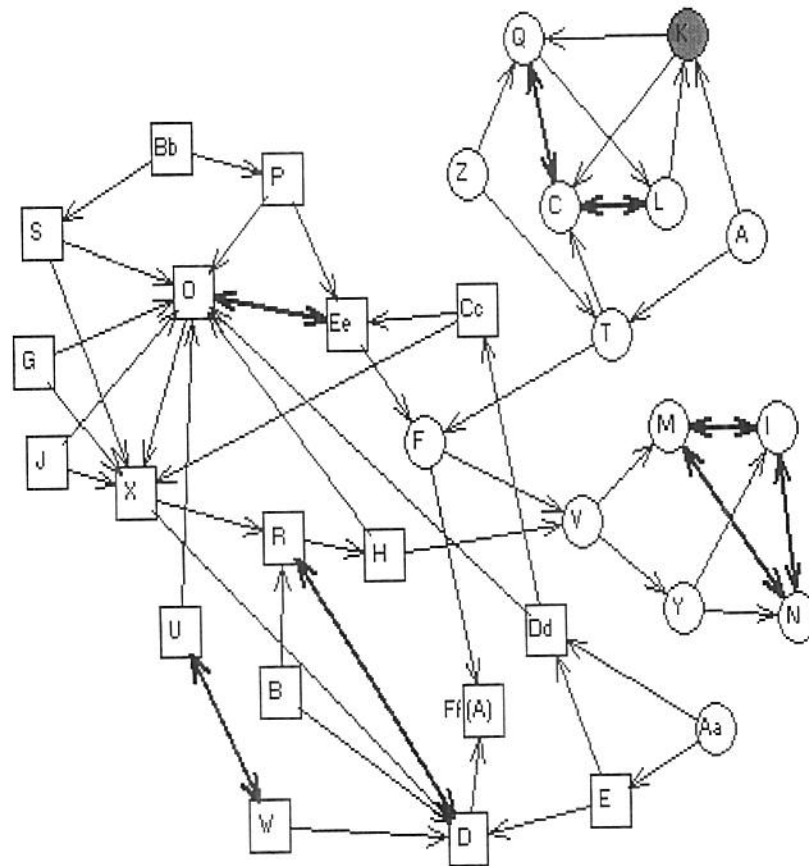


Figura 27. Diagrama de elecciones para la pregunta II del grupo del niño E



- | | | | |
|---|---------------|---|-----------------|
| ○ | Femenino | ↔ | Elección mutua |
| □ | Masculino | → | Elección única. |
| ■ | Niño con TDAH | | |

25,8% de las elecciones son mutuas.

37,5% tiene elecciones mutuas.

Figura 28. Frecuencias de elecciones para la pregunta II del grupo del niño E

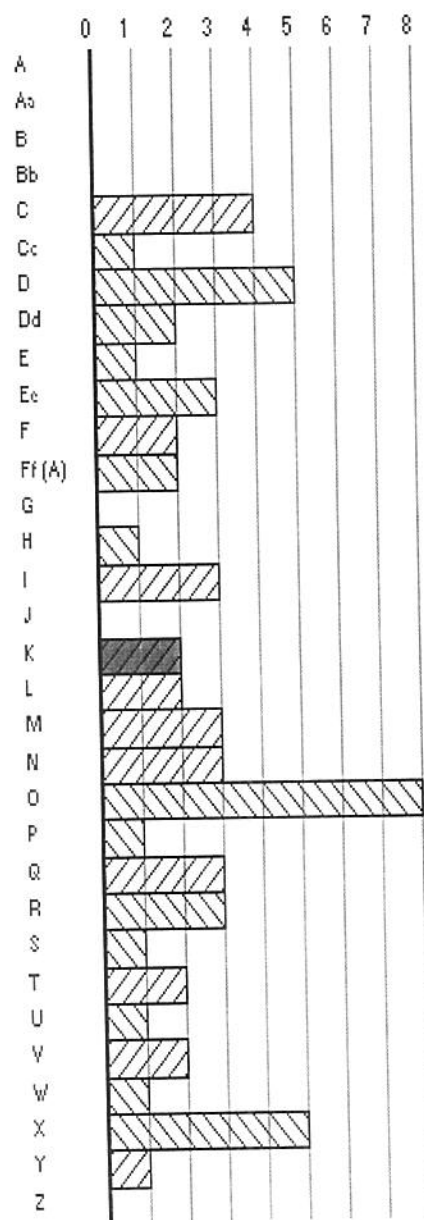
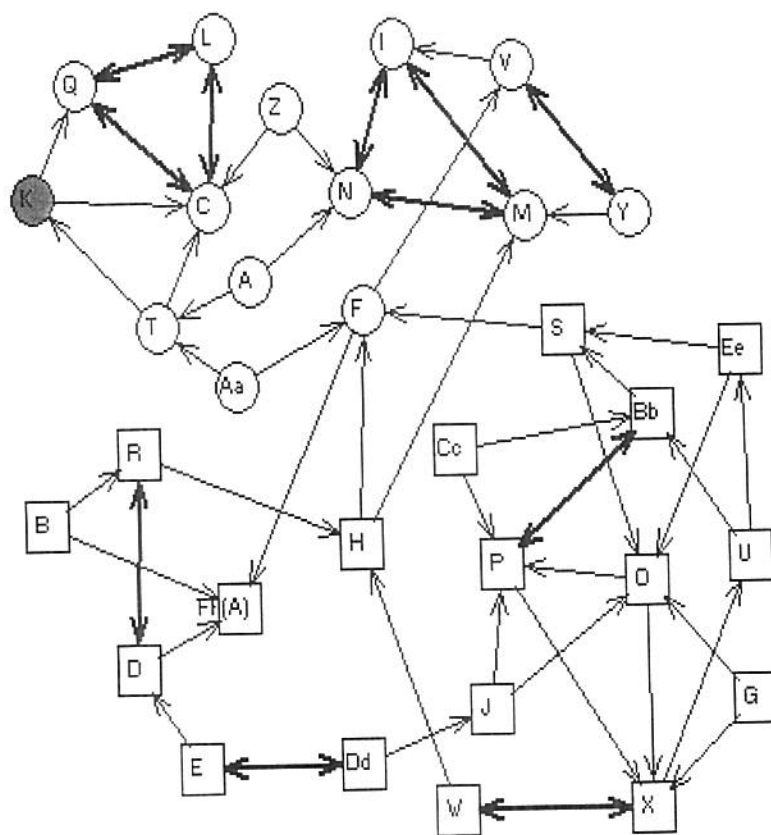


Figura 29. Diagrama de elecciones para la pregunta III del grupo del niño E

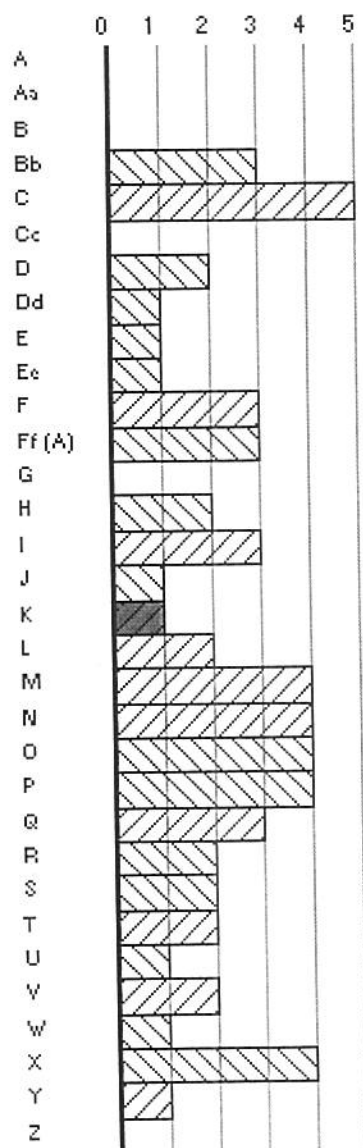


- Femenino
- Masculino
- Niño con TDAH
- ↔ Elección mutua
- Elección única.

35,5% de las elecciones son mutuas.

50% tiene elecciones mutuas.

Figura 30. Frecuencias de elecciones para la pregunta III del grupo del niño E



A decorative graphic on the page consists of several overlapping circles and lines. In the top right, there is a large circle with a dark grey center and a lighter grey outer ring. Below it and to the left is a smaller circle with a similar design. In the bottom right, there is another large circle, mostly cut off by the edge of the page, with a white center and a dark grey outer ring. Thin lines connect the top corners of the page to the centers of these circles. A horizontal grey band is located in the middle of the page.

V. CONCLUSIONES.

El objetivo del presente trabajo fue analizar la percepción de competencia social y sus relaciones con el status sociométrico en el aula de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

En primer lugar y considerando el tamaño de la muestra clínica se presenta un análisis individual para cada caso que permita inferir las relaciones analizadas.

El niño A presenta autopercepción de competencia social dentro de la media, sin embargo el índice de *asertividad inapropiada* indica un grado de percepción negativa acerca de sus competencias. En el grupo áulico se observan varios subgrupos, con una notable división entre varones y mujeres no encontrándose integrado en ninguno de ellos. Lo anterior permite inferir que el niño se encuentra en una posición aislada con respecto al grupo en mediana correspondencia con la percepción de su competencia social.

La niña B presenta autopercepción de inadecuación social, explicada por altos índices de *asertividad inapropiada e impulsividad*, los cuales evidencian más conductas agresivas que la mayoría de los niños de su edad e incapacidad no premeditada de la niña para controlar sus actos. Respecto al status sociométrico, si bien se encuentra en una posición similar a la mayoría de sus compañeros, compartiendo el juego y los momentos recreativos, no puede indicarse lo mismo en referencia a las actividades académicas, en las cuales se encuentra en una posición algo aislada respecto al grupo, coincidiendo con la autopercepción baja de su competencia social.

El niño C presenta autopercepción de inadecuación social, manifestados en sentimientos frecuentes de *celos o soledad*, mientras que presenta percepción dentro del promedio para *asertividad inapropiada, impulsividad y sobreconfianza*. En el estudio sociométrico el niño realiza elecciones variadas y dirigidas únicamente a compañeros varones, recibiendo solo una elección mutua. Por otra parte, se presentan subgrupos en el curso con liderazgos tanto de sexo masculino como femenino, no encontrándose el niño incluido en ningún subgrupo. Por tanto se concluye la existencia de correspondencia entre la baja autopercepción de la competencia social y su posición aislada con respecto al grupo.

El niño D denota autopercepción alta respecto de sus *habilidades sociales apropiadas*, reflejado en el índice de competencia social percibida. Teniendo en cuenta *impulsividad, asertividad inapropiada, sobreconfianza, sentimientos de celos y soledad* la autopercepción se encuentra dentro del promedio. En el estudio sociométrico se destaca que el niño fue elegido por varios de sus compañeros tanto en lo recreativo como en lo académico, encontrándose en una posición de interrelación muy buena con respecto al grupo. Por lo tanto, se evidencia una correspondencia entre la autopercepción de competencia social positiva y la integración en su grupo de pares. Es de destacar que el grupo aúlico presenta un índice elevado de interacciones sociales e intención de vínculos, característica posiblemente favorecedora del status sociométrico positivo del niño.

La niña E presenta autopercepción de *asertividad inapropiada*, con frecuentes sentimientos en relación a sentirse solo o no tener amigos. En

cuanto a sus *habilidades sociales apropiadas, impulsividad y sobreconfianza* presenta una percepción dentro del promedio. En estudio sociométrico si bien la niña parece estar formando parte de un subgrupo, debido a que mantiene elecciones entrecruzadas entre varias niñas, no ha recibido elecciones mutuas que permitan confirmar que se encuentra formando parte del mismo. Puede concluirse que la niña presenta autopercepción moderada acerca de su competencia social con una correspondencia poco clara respecto al status sociométrico debido a las consideraciones mencionada.

El análisis presentado permite inferir que los niños con diagnóstico de TDAH presentan dificultad para establecer relaciones vinculares con sus compañeros. No obstante la autopercepción de las competencias sociales de los niños no presentaron, en todos los casos correspondencia con la percepción de sus compañeros, evaluada a través del estudio sociométrico escolar.

Del análisis de comparación de grupos se evidencia que los niños con TDAH son menos asertivos que los controles, es decir, presentan mayores conductas agresivas, de burla o abuso de los demás. Si se considera la asertividad como la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás; la falta de asertividad puede entenderse de dos formas; por un lado, serán poco asertivas aquellas personas consideradas tímidas, dispuestas a dejarse humillar y no ser respetadas y por otro lado, también lo serán, las personas que se situarían en el polo opuesto: la persona agresiva, que humilla a los demás y no tiene

en cuenta las necesidades del otro (Camacho Gómez y Camacho Calvo 2005),

Por otro lado, algunos niños con el trastorno se encuentran aislados, mientras que otros presentan una mayor interrelación con sus pares, observándose que la mayoría se encuentra en una posición desventajosa respecto al grupo, puesto que, reciben una menor cantidad de elecciones de sus compañeros.

Las dificultades sociales encontradas pueden vincularse a que estos niños por lo general, no se adaptan a las convenciones sociales esperadas dentro de determinados contextos sociales, puesto que las exigencias imprescindibles para formar parte de un grupo suponen compartir y respetar reglas, acatar los códigos asumidos por todos los miembros y sentirse cómplices en las iniciativas que se derivan de los propios juegos, y estos requisitos, que exigen atención, autocontrol e inhibición de las propias conductas son los déficit esenciales de estos niños (Aguilar Roldán, 2009).

Puesto que se entiende que, independientemente del diagnóstico, el crecimiento y desarrollo de cada niño es dialéctico, el niño actúa sobre su medio, a la vez que el medio influye al niño y las dificultades en cualquiera de los múltiples ambientes producen efectos en todos ellos. En la interacción social se encuentran los elementos que, según como se presenten, dirigirán el devenir del desarrollo del niño con TDAH en su singularidad (Moreno, 2007 citado por Aguilar Roldán, 2009).

Los resultados del presente estudio están en concordancia con investigaciones que dan cuenta de dificultades no sólo para percibir y comprender las relaciones lógicas y causales que implica la cognición social, sino también para prevenir y elegir el comportamiento más adecuado en situaciones sociales, manifestado por ejemplo en habilidades asertivas inapropiadas (Díaz et al. 2009).

Se recomienda que estudios futuros incorporen nuevos informantes, principalmente los padres y los docentes, para obtener una imagen mas precisa del desempeño social del niño al contar con un abanico más amplio de contextos sociales; ayudando de esta manera a proporcionar información más acabada y completa sobre la competencia social que permita implementar acciones de intervención adecuadas a los niños con el diagnóstico para promover una mejor calidad en sus interacciones sociales.



VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.



Ψ Aguilar Roldán, M. L. (2009). Dificultades escolares, sociales y familiares del niño hiperactivo. ¿Cómo es su vida cotidiana? *Revista Digital: Investigación y educación*, 53.

Ψ Albert J., López Martín, S., Fernández Jaén, A. y Carretié L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*, 47, 39-45.

Ψ American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM IV-TR* (4th ed., text revision). Washington DC, USA.

Ψ Aragonés, E., Piñol, J.L., Ramos-Quiroga, J.A., Lòpez-Cortacans, G., Cabello, A. y Bosch, R. (2010). Prevalencia del TDAH en personas adultas según el registro de las historias clínicas informatizadas de atención primaria. *Revista Salud Pública*, 84, 415-420.

Ψ Barber, S., Grubbs, L. y Cottrell, B. (2005). Self perception in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 20, 235-45.

Ψ Barkley, R. (1998). *A theory of ADHD: Inhibition, executive functions, selfcontrol, and time*. In Barkley RA, ed. *Attention deficit hyperactivity disorders: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

Ψ Barkley, R. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48 (2), 101-106.

Ψ Beiderman, J., Farone, S.V., Mick, E., Williamson, S., Wilens, T.E. y Spencer, T.J. (1999). Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Academy Child Adolescence Psychiatry*, 39, 1045-1053.

Ψ Beltrán, R. A., (2006). Neurobiología del TDAH. Extraído en www.abcpediatria.com el 10 de abril de 2011.

Ψ Bitaubé, J.A., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A.y Carretié Arangüenaa, L. (2009). Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *JANO N° 1.729*.

Ψ Caballo, V. (1993). La multidimensionalidad conductual de las habilidades sociales: propiedades psicométricas de una medida de autoinforme, la Emes-M. *Psicología conductual*, 1(2), 221-231.

Ψ Capdevila Brophy, C., Artigas Pallarés, J., Ramírez Mallafré, A., López Rosendo, M., Real, J. y Obiols Llandrich, J.E. (2005). Fenotipo neuropsicológico del trastorno de déficit atencional/hiperactividad: ¿existen diferencias entre los subtipos? *Revista de Neurología*, 40, 17-23.

Ψ Cardo, E. y Servera, M., (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46(6), 365-372.

Ψ Cardo, E., Nevot, A., Redondo, M. Melero, A., Begoña de Azua, A., García-de la Banda G, et al. (2010). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: ¿un patrón evolutivo?. *Revista Neurológica*, 50(3),143-7.

Ψ Casas, A. M. y Soriano Ferrer, M. (2010). Tratamientos Psicosociales Eficaces para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Dossier Información Psicológica*, 100, 100-114.

Ψ Da Fonseca, D., Seguíer, V., Santos, A., Poinso, F. y Deruelle, C. (2009). Emotion understanding in children with ADHD. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 111-121.

Ψ Díaz Atienza, J. (2006). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: perspectiva biopsicosocial*. Ediciones Los Millares: Infancia y Adolescencia.

Ψ Díez, M.C, García-Sánchez, J.N, Robledo, P. y Pacheco, D. I (2009). Habilidades sociales y composición escrita en alumnos con dificultades de aprendizaje y/o bajo rendimiento. *Boletín de Psicología*, 95, 73-86.

Ψ Lázaro, J. (2009). Características de comorbilidad en los diferentes subtipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 21(4), 5-92.

Ψ García García, M.D, Prieto Tato, L.M, Santos Borbujo, J., Monzón Corral, L., Hernández, F. A. y San Feliciano, M.L. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *Anales de Pediatría*, 69(3), 244-50.

Ψ Garrido Gil, C. (s/f). "Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDA-H". Consejería de educación,

ciencia e investigación, región de Murcia España. Extraído en www.scribd.com/doc/ el 25 de septiembre de 2010.

Ψ Grañana, N., Richaudeau, A., Robles Gorriti, C., Scotti, M., Fejerman, N., & Allegri, R. (2006). Detección de síntomas para trastorno por déficit de atención e hiperactividad: escala SNAP IV, validación en Argentina. *Revista Neurológica Argentina*, 31, 20.

Ψ Gratch, L. (2009). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Buenos Aires: Panamericana, 125-146.

Ψ Gresham, F.M. (1986). Conceptual and definitional issues in the assessment of social competence in children. En Strain, P. S., Guralnick, M. J. y Walker, H. M. (Eds.). *Children's Social Behavior*. New York: Academic Press.

Ψ Gueventter, E. (1981) *Medida de la Relación Social en el Aula*. Buenos Aires, Ed. Docencia.

Ψ Hidalgo Vicario, M.I. (2007). "Evaluación diagnóstica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad" *Simposio: hiperactividad en la infancia*. Madrid.

Ψ Holguín Acosta, J. y Cornejo Ochoa, W. (2008). Algunas consideraciones sobre comorbilidad del TDAH: Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Acta Neurológica Colombia*, 24, 51-57.

Ψ Hoza, B., Verdes, C., Hinsaw, S., Arnold, L., Pelma, WE., Molina, B, et al. (2004). Self perception of competence in children with ADHD and

comparison children. *Journal de Consulting and Clinical Psychology*, 72, 382-91.

Ψ Iglesias Muñiz, V. y Naves Suárez., P. (2009). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Extraído en <http://www.psych.org/dsmv.asp> el día 10 de Mayo de 2011.

Ψ Ipiña M.J., Molina L. y Reyna C. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la Escala MESSY (versión docente) en una muestra de niños Argentinos. *Suma Psicológica*, 17(2), 151-161.

Ψ Ipiña M.J., Molina L., Guzmán R. y Reyna C. (2010). Comparación del desempeño social en niños con sordera profunda y audición normal, según distintos informantes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3).

Ψ Joselevich E., Bernarldo De Quiroz G. y Moyano M. (2003). AD/HD *Qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Ψ Kirsten, S. (2008). The Parent letter. About our kids: a letter for parents by the NYU Child Study Center. Vol. 6 (5). Extraído de: www.aboutourkids.org, 14 de Diciembre de 2010.

Ψ Lewis, S., Cuesta Guzmán, M., Ghisays Cardozo, y Romero Santiago, L. (2004). La adaptación social y escolar en niños con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) de la ciudad de Barranquilla. *Psicología desde el Caribe N° 14*. Colombia.

Ψ Lischinsky, A., Torralva, T., Torrente, F. y Manes F. (s/f). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) del adulto. Instituto de Neurología cognitiva. Buenos Aires, Argentina.

Ψ 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.

Ψ López-Martín, S., Albert, J., Fernández Jaén, A., Carretié, L. (2009). Neurociencia afectiva del TDAH: Datos existentes y direcciones futuras. *Escritos de psicología*, 3(2), 17–29.

Ψ López-Villalobos J.A, Serrano-Pintado I., Delgado Sanchez Mateos J. (2004). Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16(3), 402-407.

Ψ Manos M.J., (2005) ADHD in women. Medscape Psychiatry & Mental Health. Recuperado el 15 de agosto de 2011 en <http://www.medscape.com>

Ψ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) American Psychiatric Association (2000).

Ψ Miranda, A. y Uribe, L. H. (2001). Funciones ejecutivas, teoría de la mente y competencia social de niños con TDAH. In Miranda, A. *Actas del I Congreso Internacional de Déficit de Atención y Dificultades de Aprendizaje* (47-68). Málaga: Aljibe.

Ψ Miranda, A., Jarque, S. y Soriano, M. (1999). Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su

definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista Neurológica*, 28(2), 177-82.

Ψ Molina, L., Ipiña, M.J, Reyna, C., Guzmán, R. (2011). Competencia social en niños con sordera profunda. *Revista CES Psicología*, 4 (1) 1-15.

Ψ Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862.

Ψ Moraga, R.F. (2008). *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida*. Madrid: Draft Editores.

Ψ Moreno, J. L. (1962). *Fundamentos de Sociometría*. Buenos Aires: Ed.Paidós.

Ψ Moreno Gómez, A., Álvarez Romero, M., Lobato López, D. (2010). Déficit de atención e hiperactividad en adultos y niños. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010.

Ψ Mulas, F., Etchepareborda, M., Abad-Mas, L., Díaz-Lucero, A., Hernández, S., De la Osa, A., Pascuale, M. y Ruiz-Andrés, R. (2006). Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afectados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurológica*, 43, 71-81.

Ψ Navarro Pardo, E y Meléndez Moral, J.C. (2010) Diferencias en el diagnóstico de TDAH ¿Entrevista clínica o SNAP-IV? 11º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis.

Ψ Palacios Cruz, L., Zavaleta Ramírez, P., Patiño Durán, R., Abadi A., Díaz Jaimes, D., Taddey, N., et al., (2009). Algoritmo de tratamiento

multimodal para adolescentes latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista Salud Mental*, 32, 31-44.

Ψ Pardos, A., Fernández-Jaén, A. y Fernández-Mayoralas, M. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención /hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48 (2), 107- 111.

Ψ Presentación Herrero, M.J., Siegenthaler Hierro, R., Jara Jiménez, P., Casas, A.M (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Psicothema*, 22(4).

Ψ Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Lessa Horta, B., Bierderman, J. y Rohde L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD:A systematic review and metaregression analysis. *American Journal Psychiatry*, 164, 942-948.

Ψ Ramos Quiroga, J., Ribasés Haro, M., Bosch Munsó, R., Cormand Rifa B. y Casas M. (2007). Avances genéticos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 44, 51-52.

Ψ Rebollo, M. y Montiel, S. (2006). Atención y funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 42, 3-7.

Ψ Samaniego, V. (1998). *El Child Behaviour Checklist: su estandarización y aplicación en un estudio epidemiológico. Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años*. Buenos Aires: Informe Final UBACYT Mimeo.

Ψ Sánchez Encalada, L. y Damián Díaz, M. (2009). Detección de intervención a través del juego del TDAH. *Revista de Psicología Iztacala* 12(4), 156-170.

Ψ Servera Barceló, M. (2005). Modelo de autoregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención e hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 40, 358-368.

Ψ Téllez Villagra, C., Valencia Flores, M. y Beauroyre Hajar, R. (2011). Cronología conceptual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(1), 39-44

Ψ Trianes, M.V., Blanca, M.J, Muñoz, A., García, B., Cardelle Elawar, M. e Infante, L. (2002). Relaciones entre evaluadores de la competencia social en preadolescentes: Profesores, iguales y autoinformes. *Anales de psicología*, 18(2), 197-214.

Ψ Trianes, M. V., Blanca, M.J, García J. y Sánchez A., (2003). Competencia social en alumnos con necesidades educativas especiales: nivel de inteligencia, edad y género. *Revista de Psicología*, 53(3), 325-338.

Ψ Trianes, M., Cardelle-Elawar, M., Blanca Mena, M.J. y Muñoz Sánchez, M. A. (2003). Contexto social, género y competencia social autoevaluada en alumnos andaluces de 11-12 años. *Revista electrónica de Investigación Psicoeducativa y Psicopedagógica*, 1 (2).

Ψ Urzúa, A., Domic, M., Cerda, A., Ramos, M. y Quiroz, J. (2009). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(4), 332-338.

Ψ Valdizán, J., Mercado, E. y Mercado-Undanivia, A. (2007). Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. *Revista de Neurología* , 44 (Supl 2), 27-30.

Ψ Vaquerizo-Madrid, J. (2008). Evaluación clínica del TDAH, modelo de entrevista y controversias. *Revista Neurológica*, 46(1), 37-41.

A decorative graphic consisting of several overlapping circles and lines. One large circle is in the top right, another smaller one is in the middle, and a third large one is in the bottom right. A thin line runs diagonally from the top left towards the middle circle. A horizontal band with a textured background is located in the middle of the page.

VII. ANEXO.

ANEXO 1.

Modificaciones de la versión Messy Alumno (Ipiña et al. 2010)

Ítem	Trianes et al. (2002)	
Ítem 1	Suelo	<i>Hago</i>
Ítem 3	Enfado	<i>Enojo</i>
Ítem 7	Cojo	<i>Agarro</i>
Ítem 8	Presumir	<i>Agrandarme</i>
Ítem 11	Furioso	<i>Enojado</i>
Ítem 12	Herido	<i>Lastimado</i>
Ítem 13	Doy	<i>Levanto</i>
Ítem 15	Enfado	<i>Enojo</i>
Ítem 16	Bien	<i>Feliz</i>
Ítem 17	Sacar/ fallos	<i>Hablar/errores</i>
Ítem 20	Alabo	<i>Elogio</i>
Ítem 22	Enfadarla	<i>Enojar</i>
Ítem 23	Entablo	<i>Comienzo</i>
Ítem 26	Temo	<i>Miedo</i>
Ítem 29	Hiero	<i>Lastimo</i>
Ítem 35	Testarudo	<i>Cabezadura</i>
Ítem 38	pienso	<i>Suelo pensar</i>
Ítem 47	A menudo	<i>Seguido</i>
Ítem 53	Me meto	<i>Me peleo</i>
Ítem 54	Siento	<i>Pongo</i>
Ítem 62	Me vengo	<i>Soy vengativo</i>

ANEXO 2. ESCALA MESSY PARA EL ALUMNO

Nombre y Apellido:.....

Fecha de nacimiento:...../...../.....

A continuación se presentan una serie de frases, debes responder con una cruz en el casillero correspondiente según el grado de acuerdo con cada una de ellas. Lee con atención cada frase, y por favor contesta con sinceridad, considerando que:

- No existen respuestas buenas o malas, cada opción solo indica una forma diferente de pensar.
- En caso de duda entre varias opciones señala aquella que se acerque más a tu forma de pensar.

		Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1.	Hago reír a los demás.				
2.	Amenazo a la gente o me porto como un matón.				
3.	Me enojo con facilidad.				
4.	Soy un mandón (le digo a la gente lo que tiene que hacer en lugar de preguntar o pedir).				
5.	Critico o me quejo con frecuencia.				
6.	Interrumpo a los demás cuando están hablando.				
7.	Agarro cosas que no son mías sin permiso.				
8.	Me gusta agrandarme frente a los demás de las cosas que tengo.				
9.	Miro a la gente cuando hablo con ella.				
10.	Tengo muchos amigos/as.				
11.	Pego cuando estoy enojado				
12.	Ayudo a un amigo que está lastimado.				
13.	Levanto el ánimo a un amigo que está triste				
14.	Miro con desprecio a otros niños				
15.	Me enojo y me pongo celos cuando a otras personas les va bien				
16.	Me siento feliz cuando otra persona esta feliz				
17.	Me gusta hablar de los defectos y errores de los demás				
18.	Siempre quiero ser el primero				
19.	Rompo mis promesas				
20.	Elogio a la gente que me gusta				
21.	Miento para conseguir algo que				

	quiero				
22.	Molesto a la gente para hacerla enojar				
23.	Me dirijo a la gente y comienzo conversación				
24.	Digo "gracias" y soy feliz cuando la gente hace algo por mí.				
25.	Me gusta estar solo.				
26.	Me da miedo hablarle a la gente				
27.	Guardo bien los secretos				
28.	Sé cómo hacer amigos				
29.	Lastimo los sentimientos de los demás a propósito				
30.	Me burlo de los demás				
31.	Doy la cara por mis amigos				
32.	Miro a la gente cuando está hablando				
33.	Creo que lo sé todo				
34.	Comparto lo que tengo con otros				
35.	Soy cabezadura				
36.	Actúo como si fuera mejor que los demás				
37.	Muestro mis sentimientos				
38.	Suelo pensar que la gente me critica cuando en realidad no lo hace				
39.	Hago ruidos que molestan a los otros (eructar, sonarse...)				
40.	Cuido las cosas de los demás como si fueran mías				
41.	Hablo demasiado fuerte				
42.	Llamo a la gente por su nombre				
43.	Pregunto si puedo ayudar				
44.	Me siento bien si ayudo a alguien				
45.	Intento ser mejor que los demás				
46.	Hago preguntas cuando hablo con los demás				
47.	Vejo seguido a mis amigos				
48.	Juego solo				
49.	Me siento solo				
50.	Me pongo triste cuando ofendo a alguien				
51.	Me gusta ser el líder				
52.	Participo en los juegos con otros niños				

53	Me peleo con frecuencia				
54	Me pongo celoso de otras personas				
55	Hago cosas buenas por la gente que se porta bien conmigo				
56	Pregunto a los demás: como están, que hacen,...				
57	Me quedo en casa de la gente tanto tiempo, que casi me tienen que echar				
58	Explico las cosas mas veces de las necesarias				
59	Me río de los chistes e historias divertidas que cuentan los demás				
60	Pienso que ganar es lo más importante				
61	Suelo molestar a mis compañeros porque les tomo el pelo				
62	Soy vengativo con quien me ofende				

ANEXO 3.

Ítems correspondientes a cada dimensión de la Escala MESSY.

Habilidades Sociales Apropriadas

9. Miro a la gente cuando hablo con ella.
10. Tengo muchos amigos/as.
12. Ayudo a un amigo que está lastimado.
13. Levanto el ánimo a un amigo que está triste.
16. Me siento feliz cuando otra persona está feliz.
20. Elogio a la gente que me gusta.
23. Me dirijo a la gente y comienzo conversaciones.
24. Digo "gracias" y soy feliz cuando la gente hace algo por mí.
28. Sé cómo hacer amigos.
31. Doy la cara por mis amigos.
32. Miro a la gente cuando está hablando.
34. Comparto lo que tengo con otros.
37. Muestro mis sentimientos.
40. Cuido las cosas de los demás como si fueran mías.
42. Llamo a la gente por su nombre.
43. Pregunto si puedo ayudar.
44. Me siento bien si ayudo a alguien.
46. Hago preguntas cuando hablo con los demás.
50. Me pongo triste cuando ofendo a alguien.
52. Participo en los juegos con otros niños.
55. Hago cosas buenas por la gente que se porta bien conmigo.
56. Pregunto a los demás cómo están, qué hacen,...
59. Me río de los chistes e historias divertidas que cuentan los demás.

Asertividad Inapropiada

- 2. Amenazo a la gente o me porto como un matón.
- 7. Agarro cosas que no son mías sin permiso.
- 11. Pego cuando estoy enojado.
- 14. Miro con desprecio a otros niños.
- 17. Me gusta hablar de los defectos y errores de los demás.
- 19. Rompo mis promesas.
- 21. Miento para conseguir algo que quiero.
- 22. Molesto a la gente para hacerla enojar.
- 29. Lastimo los sentimientos de los demás a propósito.
- 30. Me burlo de los demás.
- 39. Hago ruidos que molestan a los otros (eructar, sonarse,...).
- 41. Hablo demasiado fuerte.
- 53. Me peleo con frecuencia.
- 60. Pienso que ganar es lo más importante.
- 61. Suelo molestar a mis compañeros porque les tomo el pelo.
- 62. Soy vengativo con quien me ofende.

Impulsividad

- 3. Me enojo con facilidad.
- 4. Soy un mandón (le digo a la gente lo que tiene que hacer en lugar de preguntar/pedir).
- 5. Critico o me quejo con frecuencia.
- 6. Interrumpo a los demás cuando están hablando.
- 35. Soy cabeza dura.

Sobreconfianza

- 8. Me gusta agrandarme frente a los demás de las cosas que tengo.
- 33. Creo que lo sé todo.
- 36. Actúo como si fuera mejor que los demás.

The page features a decorative graphic consisting of several overlapping circles and lines. A large circle in the top right contains a smaller dark circle. A medium circle is positioned below it. A large circle in the bottom right is partially cut off by the edge of the page. A horizontal shaded band is located in the middle of the page. A vertical line runs down the left side, and a diagonal line crosses the page from the top left to the bottom right.

VIII. AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos cordialmente a todas las personas e instituciones que hicieron posibles esta investigación.

En primer lugar agradecemos a Josefina Rubiales y Liliana Bakker por su dedicación y apoyo incondicional. Porque nos enseñaron a investigar de una manera amable y servicial, mostrando siempre interés en nosotras. Porque facilitaron la realización de este trabajo y permitieron que nos fuera gratificante.

Queremos agradecerle también, a todos los que integran el Grupo de Investigación del cual formamos parte, porque nos permitieron ser integrantes del mismo y porque nos brindaron abiertamente información sobre las investigaciones que se están realizando, lo cual fue indispensable para llevar adelante este proyecto.

Al Colegio San Antonio, Nahuel Huapi y al Servicio de Neurología y Psiquiatría de la ciudad de Mar del Plata que accedieron con su permiso a la administración de los test en dichos establecimientos.

Así también agradecemos a los niños que conformaron la muestra control, como a los 5 niños con TDAH y a sus familiares porque nos permitieron administrar los cuestionarios y así obtener la información necesaria para conformar el grupo clínico y poder comparar todos los resultados.

Y en tanto este trabajo implica el cierre de nuestra formación de grado queremos agradecer a nuestra familia y amigos por ser siempre nuestra fuerza impulsora en todos los proyectos, porque están siempre presentes, brindándonos el afecto y energía que necesitamos día a día. Porque,

además nos han sabido acompañar en todos nuestros logros como así también nos han escuchado y apoyado en los obstáculos que tuvimos que afrontar. Por eso queremos compartir este nuevo logro con todos ellos.



