

Original

## Habilidades sociales en adolescentes tempranos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad

ANA BETINA LACUNZA, SOFÍA JUSTINA ALBARRACÍN, DAIANA PAOLA RUSSO

ANA BETINA LACUNZA  
Doctora en Psicología.  
Facultad de Psicología,  
Universidad Nacional de  
Tucumán.  
Consejo Nacional de  
Investigaciones Científicas y  
Técnicas (UNT, CONICET).  
San Miguel de Tucumán,  
R. Argentina.

SOFÍA JUSTINA ALBARRACÍN  
Licenciada en Psicología.  
Facultad de Psicología,  
Universidad Nacional de  
Tucumán (UNT).  
San Miguel de Tucumán,  
R. Argentina.

DAIANA PAOLA RUSSO  
Licenciada en Psicología.  
Facultad de Psicología,  
Universidad Nacional de  
Mar del Plata (UNMDP).  
Mar del Plata, R. Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 04/02/2022  
FECHA DE ACEPTACIÓN: 27/02/2022

CORRESPONDENCIA  
Dr. Pablo Christian González  
Dra. Ana Betina Lacunza.  
Av. Sarmiento 65, piso 5, dpto. A,  
CP4000. San Miguel de Tucumán,  
Tucumán, R. Argentina;  
betinalacu@hotmail.com

Los síntomas del trastorno de déficit atencional e hiperactividad (TDAH) afectan el funcionamiento social de niños y adolescentes. *Objetivo:* describir las habilidades de autocontrol y resolución de situaciones sociales en adolescentes tempranos con TDAH residentes en Tucumán (Argentina). *Materiales y método:* participaron 21 adolescentes tempranos escolarizados, de edad entre 10 y 12 años: 10 con y sin diagnóstico de TDAH. Se les administró individualmente: el Cuestionario de estrategias cognitivas de resolución de situaciones sociales (EIS), la Escala autocontrol de batería de socialización (BAS-3), la Encuesta sociodemográfica, la Escala adaptada de Swanson, Nolan y Pelham SNAP IV, la Escala de inteligencia Wechsler para niños (WISC IV) y la Guía de observación comportamental para niños. *Resultados:* la corroboración del diagnóstico mostró sintomatología de TDAH en inatención, impulsividad e hiperactividad y comorbilidad con problemas del comportamiento. Los adolescentes del grupo clínico refirieron más estrategias agresivas e inhibidas para la resolución de problemas sociales y menor autocontrol que sus pares del grupo control. *Discusión:* estos datos permiten ampliar el campo de conocimientos sobre los déficits sociales vinculadas al TDAH a fin de implementar estrategias de intervención en el ámbito escolar.

**Palabras clave:** Autocontrol – Problemas sociales – Asertividad – Agresión.

### Social Skills in Early Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

The symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) affect the social functioning of children and adolescents. *Objective:* to describe the skills of self-control and resolution of social situations in early adolescents with ADHD living in Tucumán (Argentina). *Materials and method:* 21 early school adolescents between 10 and 12 years, participated: 10 with and without a diagnosis of ADHD. They were administered individually the Questionnaire of Cognitive Strategies for Solving Social Situations (EIS), the Socialization Battery Self-Control Scale (BAS-3), the Sociodemographic Survey, the adapted Scale of Swanson, Nolan and Pelham, SNAP IV, the Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC IV) and the Behavioral Observation Guide for Children. *Results:* The corroboration of the diagnosis showed symptoms of ADHD in inattention, impulsiveness and hyperactivity and comorbidity with behavioral problems. Adolescents in the clinical group reported more aggressive and inhibited strategies for solving social problems and less self-control than their peers in the control group. *Discussion:* these data allow expanding the field of knowledge about social deficits linked to ADHD in order to implement intervention strategies in the school environment.

**Keywords:** Self Control – Social Problems – Assertiveness – Aggression.

## Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la infancia y en la adolescencia [11, 26]. El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V) lo define como un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad que interfiere en el funcionamiento o desarrollo del sujeto, considerando su momento del ciclo vital. La presencia de los síntomas de TDAH en el sujeto ocasiona que su comportamiento no concuerde con lo esperado para su nivel desarrollo, se inicia antes de los 12 años y afecta sus actividades sociales y/o académicas [2]. El diagnóstico de este trastorno es principalmente clínico, por lo que se considera la intensidad, la frecuencia y el impacto que los síntomas tienen en el desenvolvimiento cotidiano del niño y/o adolescente. Si bien se utiliza una batería de pruebas neuropsicológicas para estimar el diagnóstico desde una perspectiva multiinformante y multicontexto, el juicio clínico con el que se analizan los criterios propuestos por las clasificaciones nosográficas resulta fundamental al momento de estimar su presencia.

Este mismo criterio clínico es relevante al momento de establecer un TDAH en niños preescolares [6], puesto que la impulsividad, la hiperactividad y la desobediencia pueden ser propias de la edad. Sin embargo, se ha encontrado que los síntomas pueden iniciarse alrededor de los 4 y 5 años. Con relación a su etiología, actualmente se sabe que existe una fuerte asociación genética, una heredabilidad del 60-75% aproximadamente, con múltiples genes implicados (cada uno con efecto pequeño pero significativo) que interactúan con factores ambientales aumentando la susceptibilidad genética al TDAH [11]. Más allá de esta potencialidad hereditaria del trastorno, están también las condiciones del hogar, las prácticas parentales, el contexto escolar, las dificultades en las interacciones con pares, entre otros factores, que condicionan su evolución [30].

Los síntomas del TDAH tienen repercusiones negativas en el desarrollo cognitivo del niño o

adolescente pero también en su funcionamiento social, lo cual dificulta su aprendizaje escolar y su adaptación a los diferentes contextos [13]. Si bien las dificultades sociales son consideradas características asociadas o secundarias al diagnóstico, sin embargo resultan de gran importancia por las consecuencias que generan en la vida cotidiana de quienes las padecen. Se ha encontrado que los déficits sociales pueden aumentar la probabilidad de comorbilidad psiquiátrica [27], particularmente en adolescentes. Cabe recordar que la adolescencia es una etapa en la que el funcionamiento social cobra gran relevancia y contribuye en la consolidación de la identidad del sujeto, lo que supone un conocimiento de sí mismo y el ejercicio de roles. Durante este periodo los adolescentes redefinen sus relaciones con los adultos significativos e incrementan las redes sociales con sus pares. Es por ello que las relaciones sociales se presentan como un desafío para alguien con diagnóstico de TDAH.

### *TDAH y habilidades sociales*

Las habilidades sociales «son un conjunto de cogniciones, emociones y conductas que permiten relacionarse y convivir con otras personas de forma satisfactoria y eficaz» [24 p. 39]. Son un numeroso y variado conjunto de comportamientos que se ponen en juego en situaciones en las que hay que relacionarse con otras personas. Según Schaffer [34] las interacciones sociales implican una serie de modelos de comportamientos muy complejos y sincronizados, ejecutados recíprocamente por dos o más sujetos. Los niños y adolescentes con TDAH presentan diversas dificultades en las interacciones sociales, ocasionadas en parte por la impulsividad, la incapacidad de comprender pautas sociales o de analizar las consecuencias de sus comportamientos. Pardo, Fernández-Jaén y Fernández-Mayoralas afirman que «las dificultades interpersonales de los niños con TDAH no están restringidas exclusivamente al grupo de pares, aparecen también en las relaciones con profesores y padres, debido a que ambos tienden a pasar más tiempo interactuando con los niños y adolescentes con TDAH y suelen mostrarse más

controladores y a responder con mayor número de conductas negativas» [28 p. 107].

La mayoría de los niños y los adolescentes con TDAH tienen escasas habilidades sociales. Según Semrud-Clikeman y Schafer [35] los niños con TDAH muestran un déficit en las interacciones sociales que puede deberse a la dificultad en las funciones ejecutivas, sobre todo en la revisión del propio comportamiento a partir de la retroalimentación social. Puentes-Rozo, Jiménez-Figueroa, Pineda-Alhucema y Montoya [29] analizaron las habilidades sociales de niños de ambos sexos con TDAH de Baranquilla (Colombia). Encontraron que los niños del grupo clínico presentaban déficits en habilidades como escuchar, esperar turnos, reconocer señales sociales y capacidad de adaptabilidad; mientras que los niños del déficit atencional mixto referían similares habilidades sociales en la dimensión compañerismo, es decir la capacidad de ser solidarios con los pares, comparados con sus pares del grupo control. Por su parte, Russo, Arteaga, Rubiales y Bakker [33] exploraron la percepción de competencia social y el status sociométrico escolar en niños argentinos con TDAH. Se evidenció que aquellos con diagnóstico clínico mostraban dificultades para interactuar con sus pares escolares. Eran vistos como menos asertivos, con comportamientos agresivos o de burlas y abusos por parte de los otros, evidenciado a través de la menor cantidad de elecciones del grupo del aula. En el caso de adolescentes, los resultados van en la misma línea [1].

La asertividad da cuenta de habilidades de niños y adolescentes que favorecen el ajuste a diversos contextos y posibilitan la adquisición de otras habilidades como las cívicas, las que involucran la expresión de emociones y el autocontrol. Del Prette y Del Prette [12] afirman que las habilidades sociales asertivas son comportamientos de afrontamiento social que suponen la expresión apropiada de sentimientos, deseos y opiniones, como también un control de la ansiedad, particularmente en situaciones

que impliquen un riesgo por la reacción indeseable del interlocutor. La asertividad se contrapone a dos estilos deficitarios de interacción social: el pasivo y el agresivo. En el caso de los adolescentes, estos estilos dificultan la adopción de cierto planteamiento social, de la capacidad para comprender los conocimientos y puntos de vista de los otros y de perfeccionar destrezas en la comunicación [10]. Según Cingolani y Castañeiras [9] los adolescentes con estilo agresivo suelen ser más egocéntricos, al no reconocer a los otros e imponerles sus propias necesidades, por lo que sus relaciones resultan conflictivas, generando temor y rechazo por parte de los demás. Por su parte, los adolescentes con estilo pasivo se caracterizan por ser más dependientes, subordinados en sus relaciones sociales y por generar sentimientos de lástima o indiferencia por parte de los otros. Si bien se ha encontrado que los comportamientos agresivos de adolescentes con TDAH tendían a descender a lo largo del ciclo escolar secundario, esto se debía a un aumento de comportamientos prosociales y a la presencia o no de comorbilidad. Otro mediador fue la modalidad de resolución de problemas interpersonales, hallándose que dichas modalidades de interacción predecían el comportamiento social pero no necesariamente los comportamientos del grupo de TDAH con síntomas agresivos [18]. Aduen *et al.* [1] analizaron los déficits de adquisición y práctica de habilidades sociales en niños y adolescentes con TDAH, considerando la información de padres y docentes. Encontraron que el grupo de participantes con TDAH presentaba más déficits en el desempeño que en el conocimiento de habilidades para la regulación emocional y la reciprocidad social. Esto daba cuenta de que los niños y adolescentes con TDAH aprendieron habilidades sociales, aunque no pudieron ponerlas en práctica, particularmente en el ámbito escolar.

Otro déficit encontrado en niños y adolescentes con TDAH es en la habilidad autocontrol [31]. Barkley [3] sostuvo que comprender el TDAH está ligado a la naturaleza

del autocontrol, entendido como la capacidad para manejar la impulsividad y los deseos inmediatos. Beh-Pajooh, Fatemi, Bonab, Alizadeh y Hemmati [5] analizaron los efectos de un entrenamiento en técnicas de autocontrol en niños y adolescentes tempranos de 7 a 11 años con un cuadro de TDAH. Encontraron que la intervención mejoraba la capacidad de autocontrol, minimizaba los problemas de comunicación y los comportamientos problemáticos, lo que impactaba en sus habilidades sociales.

Tal como plantea Becker [4] el funcionamiento social es muy importante para los adolescentes, a la vez que es tan multifacético en su definición como complejo en su evaluación. Esta importancia del funcionamiento social se acentúa en la población con diagnóstico de TDAH puesto que algunos adolescentes con este trastorno refieren sesgos sobre sus recursos sociales, a la vez, ciertos instrumentos de evaluación no resultan válidos y confiables para su uso. Si bien en Argentina existen grupos de investigación que han realizado avances en la temática [véase 19, 32, 33], todavía existe una vacancia de evidencias sobre los recursos sociales en población infantojuvenil con TDAH, residente en el noroeste del país. Es por ello que el objetivo del presente trabajo fue describir las habilidades de autocontrol y resolución de situaciones sociales en adolescentes tempranos con y sin diagnóstico de TDAH residentes en el Gran San Miguel de Tucumán (Argentina).

## Método

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por 21 adolescentes tempranos con y sin diagnóstico de TDAH (de edad entre 10 y 12 años), residentes en el Gran San Miguel de Tucumán. El 14% fueron mujeres. Se conformaron de manera intencional dos grupos: uno clínico ( $n=10$ ) con diagnóstico de TDAH y otro control ( $n=11$ ) sin diagnóstico de TDAH. Los adolescentes asistían a instituciones educativas públicas. El 76% de los participantes pertenecía a familias nucleares (ver tabla 1).

**Tabla 1. Descriptivos de datos sociodemográficos y diagnóstico de TDAH, muestra total (N=21)**

Variables	Frecuencia	%
<b>Sexo</b>		
- Femenino	3	14
- Masculino	18	86
<b>Tipo de grupo familiar</b>		
- Nuclear	16	76
- Extensa	5	24
<b>Diagnóstico</b>		
- Clínico	10	48
- Control	11	52

Los criterios de inclusión para los adolescentes del grupo clínico fueron: haber sido derivados por el Gabinete Interdisciplinario Provincial (GPI), dependiente del Ministerio de Educación de Tucumán, por contar con diagnóstico de TDAH en su legajo escolar; asistir regularmente a escuelas públicas; haberse corroborado el diagnóstico clínico a partir de los criterios indicados en el DSM-V [2] y la escala SNAP IV [15]. Por su parte, los adolescentes del grupo control no debían presentar criterios diagnósticos del TDAH y asistir con regularidad a las mismas escuelas públicas que los adolescentes del grupo clínico. En ambos grupos se excluyeron adolescentes con antecedentes de enfermedades neurológicas o psiquiátricas, trastornos del aprendizaje y discapacidad intelectual. Asimismo, se evaluó en ambos grupos la presencia de comorbilidad con conductas problemáticas como el nivel cognitivo.

### Instrumentos

1) *La Escala adaptada de Swanson, Nolan y Pelham (SNAP IV)* [15]. Se trata de una escala *screening* que evalúa los principales síntomas clínicos del TDAH en contexto familiar y escolar. Incluye 40 ítems, con cuatro opciones de respuesta tipo Lickert (0 a 3 puntos), administrable a padres y docentes. La validación argentina, versión para docentes, mostró una sensibilidad de 54% y especificidad de 78% para el déficit de atención, mientras que los valores para hiperactividad-impulsividad fueron de 86% y 73.5% respectivamente. Esta adaptación propone puntos de corte para población argentina de 4 a 14 años.

2) La *Guía de observación comportamental* [16]: informa sobre la clase y frecuencia de aparición de conductas problemáticas. La guía presenta tres opciones de respuesta (*nunca, a veces y a menudo*) y explora: agresión física y verbal (17 ítems), negativismo (3 ítems), transgresión (9 ítems), impulsividad (5 ítems), hiperactividad (4 ítems), déficit de atención (4 ítems), autoagresión (12 ítems), inhibición conductual (4 ítems) y aceptabilidad del niño por su grupo de pares (3 ítems). Puede ser respondida por los padres o docentes, considerando las conductas del niño cuya finalidad no sea defenderse a sí mismo o a otros. La prueba cuenta con datos normativos [17], indicios de validez discriminante [16] y ha sido utilizada en estudios infantojuveniles [20; 38].

3) La *Escala de inteligencia para niños y adolescentes de Wechsler (WISC-IV)*, adaptación argentina [37]. Evalúa cuatro dominios cognitivos (Índice de Razonamiento Perceptivo, Comprensión Verbal, Memoria Operativa y Velocidad de Procesamiento) y permite obtener un Cociente Intelectual Total (CIT). Es aplicable a niños y adolescentes de 6 años, 0 mes a 16 años, 11 meses, a partir de una administración individual. Consta de 10 subtests obligatorios y cinco complementarios. La validación argentina de la escala mostró coeficientes de consistencia interna entre .79 y .90 y los de estabilidad test-retest entre .77 y .86. En cuanto a la validez estructural, el análisis factorial confirmatorio mostró que la estructura interna de cuatro factores como el modelo alternativo de CHC son enfoques sustantivos para la interpretación local —para mayor detalle véase [7]—. En este estudio se emplearon los subtests Construcción con cubos (Índice de Razonamiento Perceptivo, IRP), Retención de dígitos (Índice de Memoria Operativa, IMO), Claves y búsqueda de símbolos (Índice de Velocidad de Procesamiento, IVP).

4) El *Cuestionario de estrategias cognitivas de resolución de situaciones sociales* (EIS) [14]. Explora habilidades sociocognitivas disponibles por el adolescente para resolver situaciones sociales conflictivas. De adminis-

tración individual o colectiva, contiene cuatro situaciones: abordar un conflicto moral, responder a una agresión, afrontar el rechazo de otros y recuperar un objeto. Las respuestas se analizan según la cantidad de estrategias de interacción disponibles y la calidad de las mismas (habilidades asertivas, agresivas y pasivas). La cantidad de respuestas en cada tipo de habilidad se considera puntuación directa. La autora de la prueba estudió las relaciones entre las habilidades sociocognitivas de interacción social y otras variables, tales como la conducta antisocial evaluada por los padres (EPC), la conducta social auto-evaluada (BAS-3) la empatía como el auto-concepto de 174 adolescentes españoles. Los coeficientes de correlación evidenciaron relaciones significativas directas de las estrategias asertivas con un alto autoconcepto ( $r = .16, p < .05$ ) y con empatía ( $r = .17, p < .05$ ), y negativas con conductas de retraimiento ( $r = -.15, p < .05$ ) y con conductas antisociales ( $r = -.21, p < .01$ ). El instrumento fue utilizado en adolescentes locales [21].

5) La *Batería de Socialización (BAS-3)* [36]. Se trata de una batería de 75 ítems, con dos opciones de respuesta (*si-no*), distribuidos en escalas facilitadoras e inhibidoras de la socialización. Para este estudio se empleó la dimensión autocontrol (14 ítems), que explora el acatamiento a normas y convenciones sociales, en su polo positivo, mientras que su polo negativo da cuenta de un escaso control de los impulsos, comportamientos agresivos y cierto nivel de terquedad e imposición ante los demás. Se trata de una escala facilitadora de la socialización junto a las denominadas: consideración con los demás y liderazgo. La adaptación local del instrumento con adolescentes tempranos mostró niveles de fiabilidad aceptables (alpha de Cronbach) en todas sus dimensiones, con valores en auto-control de .676 [22].

6) Una *Encuesta socio demográfica* diseñada para el presente estudio para indagar sobre datos personales del adolescente y su grupo familiar (con quienes vive, cantidad de hermanos y ocupación del principal sostén del hogar).

### *Procedimiento*

Se trató de un estudio descriptivo-correlacional con un diseño *ex post facto* retrospectivo con grupo cuasi control [25].

Se solicitó autorización a las autoridades de las respectivas escuelas, previa identificación de los adolescentes clínicos por parte de profesionales del Gabinete Provincial Interdisciplinario. Se informaron los objetivos del estudio a realizar, el cual se limitó a los adolescentes identificados con el diagnóstico clínico y/o presuntivo del TDAH y a su vez, adolescentes sin diagnóstico de TDAH, residentes en el Gran San Miguel de Tucumán. Dada la dificultad para acceder a la muestra clínica, además se contactó a una asociación local de padres de niños y adolescentes con TDAH. Se les informó del estudio a fin de invitar a aquellas familias que cumplieran con los requisitos de inclusión, identificándose la institución escolar de los adolescentes. Se tomó contacto con los responsables de cada gabinete escolar para informar del estudio y verificar su inclusión en los legajos del GPI, solicitándose además la autorización para el trabajo de investigación. Se realizó una entrevista con el docente responsable del curso escolar donde se encontraba el posible participante del grupo clínico a fin de informarle del estudio y poder seleccionar al azar los adolescentes del grupo control. Cumplimentadas todas estas medidas, se tomó contacto con las familias de los participantes a partir de una carta informativa enviada a los padres de los alumnos identificados en un sobre cerrado. En la misma se detalló las características del estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado, destacando la confidencialidad y anonimato. El sobre además incluía los protocolos de la encuesta sociodemográfica, el SNAP IV y la *Guía de observación comportamental*, que debían ser respondidas manteniéndose la confidencialidad. La administración de los instrumentos a los participantes se realizó de manera individual en el horario escolar, con una previa entrevista informativa sobre los alcances del estudio. En el caso de los adolescentes del grupo clínico que no pudieron responder a las pruebas en el ámbito escolar,

la administración individual se realizó en un box de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT). La administración de los instrumentos fue realizada por dos de las autoras del presente trabajo. Para el análisis de los subtests del WISC-IV se consideraron los puntajes equivalentes a partir de los baremos Buenos Aires [37].

### *Análisis de datos*

Se realizó un análisis descriptivo de los datos a fin de corroborar el diagnóstico de TDAH. Se estableció la comparación de ambos grupos en las variables dependientes (autocontrol y estrategias de resolución de situaciones sociales) a partir de una prueba no paramétrica de Mann-Whitney. Se efectuó una prueba chi cuadrado a fin de determinar la existencia de diferencias estadísticas. Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS 23.0.

### **Resultados**

A fin de corroborar el diagnóstico clínico de TDAH se analizó la escala SNAP IV. Se encontró que los adolescentes del grupo clínico eran descritos por sus padres como inatentos, con hiperactividad-impulsividad y con síntomas combinados de TDAH respecto al grupo control. En estas dimensiones de la prueba, el grupo clínico obtuvo puntajes promedio superiores al punto de corte ( $P 95$ ) propuestos por los autores del instrumento. Si bien el grupo clínico era descrito con más síntomas de oposicionismo desafiante, comparado con el grupo control, el valor promedio no superaba el punto de corte clínico propuesto por la prueba (ver tabla 2). Asimismo, se analizaron los distintos subtests del WISC-IV. Si bien el grupo control presentaba desempeños superiores en las distintas pruebas cognitivas, no se observaron diferencias estadísticas respecto a sus pares del grupo clínico (ver tabla 2). Cabe destacar que ambos grupos mostraron puntajes equivalentes por debajo del término medio en los subtests del índice de velocidad de procesamiento (IVP). Respecto a este índice se observó que sólo en tareas donde los niños debían identificar símbolos dentro del grupo de búsqueda, los puntajes

equivalentes fueron promedio para ambos grupos. Respecto a la presencia de indicadores de comorbilidad, específicamente la presencia de comportamientos problemáticos, el grupo clínico era visto por sus padres con síntomas de agresión física/verbal, impulsividad, hiperactividad, negativismo, transgresión,

autoagresión e inhibición conductual en mayor medida que el grupo control. Es de destacar que la dimensión aceptabilidad no mostraba diferencias estadísticas significativas, lo que daría cuenta de una percepción adecuada de interacción social de los participantes, desde la percepción parental (ver tabla 2).

**Tabla 2. Descriptivos de SNAP IV, WISC-IV y Guía de observación comportamental, muestra completa**

	Clínico (n= 10)		Control (n= 11)		Mann-Whitney	P
	M	DE	M	DE		
<b>WISC IV</b>						
- CC	27.4	12.29	34.64	11.96	34.5	.148
- CC p. equivalente	8.4	3.09	10.18	2.96	36	.178
- RD	14.5	4.06	15.36	2.69	50	.723
- RD p. equivalente	9.6	3.66	10.36	2.64	51.5	.804
- CI	25.3	8.19	31.09	8.56	36.5	.192
- CI p. equivalente	5.1	2.23	6.36	2.46	40	.285
- BS	13.0	2.04	12.91	5.83	54	.943
- BS p. equivalente	5	1.05	5.45	2.5	50.5	.746
- IVP	73.50	8.42	75.55	9.85	50.5	.749
<b>SNAP IV</b>						
- Inatención	2.11	.73	.44	.15	.00	.000
- Impulsividad/Hiperactividad	1.50	.95	.30	.33	11.5	.002
- Combinado	1.80	.70	.37	.21	.00	.000
- Oposicionista Desafiante	1.46	.85	.33	.18	8	.000
<b>GUIA DE OBSERV. COMPORTAMENTAL</b>						
- Agresión física y/o verbal	7.00	5.657	1.45	1.214	11	.002
- Negativismo	2.30	1.767	.82	.982	26	.035
- Transgresión	1.50	1.780	.09	.302	30	.027
- Impulsividad	4.10	3.446	.91	1.136	20	.011
- Hiperactividad	3.60	3.134	.55	.82	25.5	.028
- Déficit de atención	5.20	1.814	.91	.831	.00	.000
- Autoagresión	1.90	1.853	.45	.688	24	.021
- Inhibición conductual	3.30	1.494	1.73	2.102	24	.027
- Aceptabilidad	3.60	3.60	3.64	2.501	48.5	.641

Nota. CC: Construcción con cubos, RD: Retención de dígitos, CL: Claves, BS: Búsqueda de símbolos, IVP: Índice de velocidad de procesamiento.

$p < .05$

Posteriormente se analizaron las variables sociales del presente estudio. Se observó que el grupo control refería más habilidades de resolución social de tipo asertivo comparado con el grupo clínico. Se halló que en la situación tres (afrontar el rechazo de los otros) las diferencias fueron estadísticamente significativas, puesto que predominaron respuestas asertivas en el grupo control mientras que en los pares clínicos fueron

mayores las respuestas inhibidas y agresivas (ver tabla 3). Considerando los estilos predominantes de habilidades sociales, se observó que el 64% de los adolescentes controles referían estilos asertivos de interacción para la resolución de problemas sociales mientras que el 36% restante mencionaba respuestas de tipo agresivo. En tanto el grupo clínico las respuestas fueron: 40% de tipo agresivo, 30% de tipo inhibido y 30% de estilo asertivo.

**Tabla 3. EIS y estilo de habilidades sociales, según grupo clínico y control**

EIS	Estilo de habilidades sociales						X <sup>2</sup>	p
	Asertivo		Inhibido		Agresivo			
	Ctrl	Cl	Ctrl	Cl	Ctrl	Cl		
Sit. 1	10	7	-	2	1	2	2.48	.288
Sit. 2	6	3	4	4	1	3	1.95	.376
Sit. 3	9	3	2	4	0	3	6.63	.036
Sit. 4	5	5	4	2	1	3	2.62	.453

Nota. EIS: *Cuestionario de estrategias cognitivas de resolución de situaciones sociales*; Ctrl: control; Cl: clínico; Sit: situación

Respecto a la variable autocontrol, si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se observó que los adolescentes del grupo clínico se percibían con menor control de impulsos y acatamiento a normas sociales que sus pares del grupo control (ver tabla 4).

**Tabla 4. Dimensión autocontrol, BAS-III Batería de socialización. Muestra completa**

BAS III	Batería de socialización				Mann-Whitney	p
	Clínico: 10		Control: 11			
Ac	M	D.E	M	D.E		
	8.20	3.29	10.1	1.47	34.5	.141

Nota. Ac: autocontrol.

p < .05

## Discusión

El propósito del presente trabajo fue describir las habilidades de autocontrol social y resolución de interacciones sociales en adolescentes tempranos con y sin diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad residentes en el Gran San Miguel de Tucumán.

En un primer momento se corroboró el diagnóstico de TDAH a fin de delimitar el grupo clínico y el grupo control. Si bien se encontró que ambos grupos presentaban niveles cognitivos acorde a lo esperado a la edad, lo que corroboraba un criterio de inclusión, se observó que todos los participantes mostraban ciertas dificultades en las habilidades para utilizar destrezas

grafo-motoras de modo adecuado en tiempos acortados. Esto se evidenciaba al momento de emplear procesos secuenciales, atención, memoria a corto plazo, capacidad de aprendizaje y toma de decisiones cognitivas [7]. Fenollar-Cortes *et al.* [13] encontraron que niños con TDAH de tipo inatento mostraban desempeños inferiores en el IVP. Estos autores también destacaron que los índices de comprensión verbal y razonamiento perceptivo no se verían afectados en niños con TDAH comparados con grupos control. Por otro lado, se identificaron en el grupo clínico comportamientos problemáticos vinculados con la agresividad física-verbal, auto agresión, impulsividad, es decir, síntomas de tipo externalizante. Esta evidencia es coincidente con las halladas por Rubiales *et al.* [32] en niños y adolescentes de Mar del Plata (Argentina) con diagnóstico de TDAH. Según la evidencia de Kofler *et al.* [18] la comorbilidad de síntomas externalizantes en adolescentes con TDAH influye negativamente en la expresión de sus comportamientos prosociales, por lo que resulta de interés identificar el curso de los síntomas del trastorno en este periodo del desarrollo.

Se encontró que los adolescentes del grupo clínico se auto percibían con menor autocontrol para las relaciones sociales respecto a sus pares del grupo control. El autocontrol para las relaciones sociales es entendido como una habilidad social que en su polo positivo supone el acatamiento de reglas y normas sociales que facilitan la convivencia del adolescente con su grupo



[36]. Asimismo, el estudio de Beh-Pajooch *et al.* [5] mostró la eficacia de intervenciones en habilidades de autocontrol en adolescentes. Tal como destacan estos autores, la incapacidad para el autocontrol es una de las características de este grupo clínico, puesto que los niños y adolescentes con TDAH pueden ser incapaces de controlar sus comportamientos en diferentes ámbitos y contextos como de prever las consecuencias de estos. Esto genera dificultades en la retroalimentación social y, por ende, en las habilidades sociales que el adolescente pone en práctica junto a sus pares. Las dificultades en el autocontrol en el periodo adolescente se consideran un factor de riesgo que, en el caso de los adolescentes con TDAH, puede potenciar la aparición de psicopatología.

Otra variable evaluada fue las habilidades de resolución de problemas interpersonales. Estas habilidades suponen un proceso donde el niño o adolescente debe formular metas, planificar acciones y construir estrategias para resolver un problema interpersonal, por lo que se trata de estrategias sociocognitivas. Se encontró que los adolescentes del grupo clínico describían más estrategias sociales disfuncionales para la solución de problemas. Solo un tercio de los adolescentes del grupo clínico referían habilidades asertivas para la resolución de situaciones problemáticas. Estas son las que favorecen el intercambio social de modo satisfactorio, al incluir un adecuado autocontrol, regulación emocional y capacidad para postergar recompensas inmediatas. Un aprendizaje de tales estrategias en niños y adolescentes con TDAH favorecería no solo el control de la ansiedad y la impulsividad sino que también permitiría ejercitar la ciudadanía en términos de relaciones interpersonales. Al analizar esta variable se observó el predominio de déficits sociales de tipo agresivo e inhibido en los adolescentes del grupo clínico. Aquellos adolescentes tempranos con déficits sociales vinculados a un estilo agresivo, mostraban desde la percepción parental, problemas comportamentales vinculados a la agresividad, comportamientos disruptivos, escaso

control de los impulsos y carencia de reconocimiento de los derechos de los demás. Sin embargo, también se encontró que un grupo de adolescentes con TDAH referían estrategias pasivas para resolver problemas sociales. Esto daría cuenta de un estilo inhibido, aislado del grupo y con mayor vulnerabilidad para dejarse humillar y no ser respetado [10]. En ambos casos las dificultades sociales descritas muestran los inconvenientes de los adolescentes con TDAH para conformar grupos, compartir y respetar reglas. Estas habilidades suponen un cierto nivel de atención, autocontrol e inhibición, variables que se encuentran afectadas en presencia de TDAH [33].

Este trabajo presenta limitaciones por el tamaño de la muestra debido a las dificultades para identificar adolescentes diagnosticados y que cumplieran con todos los criterios de inclusión establecidos en la presente investigación. Por lo que resultaría conveniente una continuidad del estudio considerando otros intervalos de edad del periodo adolescente a fin de ampliar la muestra.

A partir de la evidencia de este estudio se destaca que la participación de estructuras comportamentales y socioafectivas en la expresión del TDAH da cuenta de la complejidad del cuadro, su diagnóstico y posterior intervención. En definitiva, los síntomas del TDAH, a corto o largo plazo, influyen en la capacidad de ajuste del adolescente e impactan en su autoestima, en su tolerancia a la frustración, en la relación con los pares, lo que potencia déficits sociales que pueden complejizar más el cuadro y reducir considerablemente su calidad de vida. Tal como plantean Kofler *et al.* [18] la escuela secundaria supone una serie de transiciones, demandas de autocontrol y participación social que hace de este periodo una etapa particularmente difícil para los adolescentes con TDAH. De allí que la detección de adolescentes tempranos con TDAH que ingresan a este ciclo educativo resulta esencial para la elaboración de intervenciones terapéuticas integrales. Este es el aporte de esta investigación acotada al proporcionar datos fiables

sobre los recursos sociales de adolescentes tempranos con TDAH residentes en el norte argentino.

Agradecimientos: al personal del Gabinete Pedagógico Interdisciplinario (GPI), Ministerio de Educación de Tucumán; a las familias de los adolescentes participantes y a las comunidades edu-

cativas de las escuelas de San Miguel de Tucumán y Banda del Río Salí; a la comunidad de padres de la Asociación TDAH Unidos Tucumán.

Este trabajo fue posible gracias a una Beca de Estímulo a las Vocaciones Científicas, otorgada por el Consejo Interuniversitario Nacional (CIN), a la Lic. Sofía Justina Albarracín.

## Referencias

1. Aduen PA, Day TN, Kofler MJ, Harmon SL, Wells EL, Sarver DE. Social problems in ADHD: Is it a skills acquisition or performance problem? *J Psychopathol Behav Assess.* 2018;40(3):440-51. PMID: 30287981 DOI: 10.1007/s10862-018-9649-7
2. American Psychiatric Association. *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2014.
3. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull.* 1997;121(1):65-94. PMID: 9000892 DOI: 10.1037/0033-2909.121.1.65
4. Becker SP. ADHD in Adolescents: Commentary on the Special Issue of Ripple Effects in Self-Perceptions and Social Relationships. *Can J Sch Psychol.* 2020;35(4):311-22. DOI: 10.1177/0829573520954584
5. Beh-Pajooh A, Fatemi S, Bonab B, Alizadeh H, Hemmati G. The Impact of a Self-Control Training Program on Enhancement of Social Skills in Students with ADHD. *Psychology.* 2012;3:616-20. DOI: 10.4236/psych.2012.38094
6. Beitchman JH, Wekerle C, Hood J. Diagnostic continuity from preschool to middle childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1987;26(5):694-9. PMID: 3667498 DOI: 10.1097/00004583-198709000-00013
7. Brenlla ME, Taborda A. *Guía para una interpretación integral del WISC-IV.* Buenos Aires: Paidós; 2013.
8. Cardo E, Servera M, Vidal C, De Azua B, Redondo M, Riutort L. Influencia de los diferentes criterios diagnósticos y la cultura en la prevalencia del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Rev Neurol.* 2011;52(Sup1):109-17. PMID: 21365591 DOI: 10.33588/rn.52S01.2010793
9. Cingolani JM, Castañeiras C. Cómo ser adolescente hoy y no quedarse en el intento. Un programa de intervención psicosocial. Buenos Aires: Paidós; 2018.
10. Corrales A, Quijano NK, Góngora EA. Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. Un programa para desarrollar habilidades para la vida. *Enseñ Invest Psicol.* 2017;22(1):58-65. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29251161005.pdf>
11. Cortese S. The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): what every clinician should know. *Eur J Paediatr Neurol.* 2012;16(5):422-33. PMID: 22306277 DOI: 10.1016/j.ejpn.2012.01.009
12. Del Prette A, Del Prette ZAP. *Competência Social e Habilidades Sociais: Manual Teórico-prático.* Petrópolis: Editora Vozes; 2017.
13. Fenollar-Cortés J, Navarro-Soria I, González-Gómez C, García-Sevilla J. Detección de perfiles cognitivos mediante WISC-IV en niños diagnosticados de TDAH: ¿Existen diferencias entre subtipos? *Revista de Psicodidáctica* 2015;20(1):157-76. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/175/17532968009.pdf>
14. Garaigordobil Landazabal, M. *Intervención psicológica con adolescentes. Un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos.* Madrid: Pirámide; 2008.

15. Grañana N, Richaudeau A, Robles Gorriti C, O'Flaherty M, Scotti ME, Sixto L, et al. Evaluación de déficit de atención con hiperactividad: la escala SNAP IV adaptada a la Argentina. *Rev Panam Salud Publica* 2011;29(5):344-9. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n5/a07v29n5.pdf>
16. Ison MS, Fachinelli C. Guía de Observación Comportamental para Niños. *Interdisciplinaria*. 1993;12(1):11-21.
17. Ison MS, Soria E. Baremo de la Guía de Observación Comportamental para niños. *Interdisciplinaria* 1997;14(1-2):25-46.
18. Kofler MJ, Larsen R, Tolan PH, Sarver DE. Developmental trajectories of aggression, prosocial behavior and social-cognitive problem solving in emerging adolescents with clinically elevated attention deficit/hyperactivity disorder symptoms. *J Abnorm Psychol*. 2015;124(4): 1027-1042. PMID: 26595479 DOI: 10.1037/abn0000103
19. Korzeniowski C, Ison Ms. Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 2008;17(1):65-71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921796006>
20. Lacunza AB. Habilidades sociales y comportamientos problemáticos en la infancia: un estudio en niños de nivel escolar inicial. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat*. 2011;57(3):190-7.
21. Lacunza AB, Contini EN. Relaciones interpersonales positivas: los adolescentes como protagonistas. *Psicodebate*. 2016;16(2):73-94. DOI: 10.18682/pd.v16i2.598
22. Lacunza AB, Caballero SV, Contini EN. Adaptación y evaluación de las propiedades psicométricas de la BAS-3 para población adolescente de Tucumán (Argentina). *Divers Perspect Psicol*. 2013;9(1):29-44.
23. Liesa Orús M, Latorre Cosculluela C, Vázquez Toledo S. Habilidades sociales de niños con déficits atencionales y contextos escolares inclusivos. *Rev Esp Orientac Psicopedag*. 2017;28(2):113-21. DOI: 10.5944/reop.vol.28.num.2.2017.20122
24. Monjas MI, Pascual M, Armijo JA, Conde M, Larrauri B. Cómo promover la convivencia: Programa de Asertividad y Habilidades Sociales (PAHS). Madrid: CEPE; 2007.
25. Montero I, León O. A guide for naming research studies in Psychology. *Int J Clin Health Psychol*. 2007;7(3):847-62.
26. Navarro-Pardo E, Meléndez Moral JC, Galán A, Sancerini Beitia MD. Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema* 2012;24(3):377-83. Disponible en: <https://www.psicothema.com/pdf/4026.pdf>
27. Oddo LE, Garner A, Novick RP, Meinzer MC, Chronis-Tuscano A. Remote Delivery of Psychosocial Intervention for College Students with ADHD during COVID-19: Clinical Strategies, Practice Recommendations, and Future Considerations. *Evid Based Pract Child Adolesc Ment Health*. 2021; 6(1): 99-115. DOI: 10.1080/23794925.2020.1855614
28. Pardos A, Fernández-Jaén A, Fernández-Mayoralas M. Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención /hiperactividad. *Rev Neurol*. 2009;48(2):107-11. PMID: 19280564 DOI: 10.33588/rn.48S02.2008725
29. Puentes-Rozo P, Jiménez-Figueroa G, Pineda-Alhucema W, Montoya D, Acosta J, Cervantes ML, Sánchez M. Déficit en habilidades sociales en niños con trastorno por déficit de atención-hiperactividad, Evaluados con la Escala BASC. *Rev Colomb Psicol*. 2014;23(1):95-106. DOI: 10.15446/rcp.v23n1.34332
30. Rivera-Flores GW. Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y niñez. *Acta Investig Psicol*. 2013;3(2):1079-91. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358933344003>
31. Rojo-Amato G, Tárraga-Mínguez R, Sanz-Cervera P. La intervención en competencia social en estudiantes con TDAH: Un estudio de revisión. *REIDOCREA* 2016;5:329-40. DOI: 10.30827/Digibug.43788
32. Rubiales J, Bakker L, Russo D, González R. Desempeño en funciones ejecutivas y síntomas comórbidos asociados en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Rev CES Psicol*. 2016;9(2):99-113. DOI: 10.21615/cesp.9.2.7

33. Russo D, Arteaga F, Rubiales J, Bakker L. Competencia social y estatus sociométrico escolar, en niños y niñas con TDAH. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv.* 2015;13(2):1081-91. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rllcs/v13n2/v13n2a38.pdf>
34. Schaffer R. El desarrollo de la competencia interactiva en la infancia. En: Palmonari A, P. Ricci P, coord. *Aspectos cognitivos de la socialización en la edad evolutiva.* Buenos Aires: Nueva Visión; 1990. p. 37-50.
35. Semrud-Clikeman M, Schafer V. Social and emotional competence in children with ADHD and/or learning disabilities. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice.* 2000;1(4):3-19. DOI: 10.1300/J288v01n04\_02
36. Silva Moreno F, Martorell Pallás MC. *BAS-3 Bateria de Socialización.* Manual. Madrid: TEA; 2001.
37. Taborda A, Barbenza C, Brenlla M. Adaptación argentina del WISC-IV. En: Wechsler D. *Escala de Inteligencia para niños de Wechsler, cuarta edición (WISC-IV).* Buenos Aires: Paidós; 2011. p. 37-55.
38. Zamora EV, del Valle MV, Galli JI, Vernucci S, Canet-Juric L, Richard's MM. Evaluación de la impulsividad a través de múltiples informantes: Evidencias de validez de la Escala de Impulsividad de Dominio Específico en Niños. *Evaluar.* 2020; 20(2):35-50. DOI: 10.35670/1667-4545.v20.n2.30108

## Reproducción en nuestra tapa:



Camila de Escalada, *Cultivo de erres*, 2020. Instalación: hojas de libro caladas, mesa de trabajo, tablón y caballetes, lupa, caja de Petri, pinzas; medidas: 200 x 150 x 150 cm.

Agradecemos a Camila de Escalada, artista visual y docente, la autorización otorgada para la reproducción de su obra.

Datos de contacto  
Camila de Escalada <[cdescalada1@gmail.com](mailto:cdescalada1@gmail.com)>

