

Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad

A. Pardos ^a, A. Fernández-Jaén ^b, D. Martín Fernández-Mayoralas ^b

HABILIDADES SOCIALES EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD

Resumen. Introducción y desarrollo. *El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno heterogéneo, que se acompaña con frecuencia de una baja competencia y funcionamiento social. El 60-70% de los niños con TDAH son niños rechazados y estigmatizados socialmente por sus comportamientos provocadores, agresivos o disruptivos. Estos pacientes muestran dificultades en la monitorización e interpretación de pistas sociales, resolución de conflictos interpersonales y en la creación de soluciones prácticas. Esto repercute en la apreciación y relación con sus pares y educadores, desde la etapa preescolar hasta incluso la edad adulta. En su origen, se establecen diferentes hipótesis: desde la involucración disfuncional de áreas cerebrales implicadas en el funcionamiento ejecutivo y emocional, hasta los defectos perceptivos en el reconocimiento de emociones y el fallo en las habilidades sociocognitivas necesarias para una actividad social competente. Conclusión. El diagnóstico precoz y la intervención tanto farmacológica como psicoeducativa son claves para mejorar los síntomas cardinales del TDAH, así como los problemas sociales asociados u originados por él. [REV NEUROL 2009; 48 (Supl 2): S107-111]*

Palabras clave. Déficit de atención. Disfunción ejecutiva. Habilidades sociales. TDAH.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la infancia y en la adolescencia. Tiene una prevalencia del 5-10% entre la población infantil [1,2]. Aunque se caracteriza por tres síntomas nucleares –inatención e impulsividad-hiperactividad–, muestra una elevada comorbilidad con otros trastornos neuropsiquiátricos, como los trastornos del ánimo y ansiedad, el trastorno negativista desafiante o los trastornos de aprendizaje [1, 2]. Algunos de los síntomas persisten en la edad adulta. Su etiología no se ha identificado claramente, pero numerosos estudios apuntan al papel fundamental que tienen los factores genéticos y neurobiológicos en el origen y la expresión del trastorno. La evidencia científica ha demostrado la eficacia de tratamientos farmacológicos a la hora de regular los déficit cognitivos de los sujetos afectados [1]. Estos tratamientos aumentan su eficacia si se complementan por terapias cognitivoconductuales y psicopedagógicas que reentrenan otras áreas asociadas afectadas (desarrollo motor, lenguaje, rendimiento escolar, etc.) [3]. Hasta el momento, el interés de los investigadores se ha centrado especialmente en los aspectos cognitivos del trastorno, dejando en un segundo plano el deterioro de otros aspectos clave del desarrollo infantil y de la salud mental, como son las relaciones sociales o la competencia emocional [1]. Actualmente estos aspectos se recogen en las clasificaciones actuales como ‘características asociadas o secundarias’ [2]. Sin embargo, 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. Teniendo en cuenta que las relaciones sociales son un buen factor predictivo del desarrollo de la personalidad y de la salud mental, su afectación merece un estudio más profundo

con vistas a tenerlas presentes en los ámbitos diagnósticos, terapéuticos y educativos.

Pretendemos revisar y analizar diferentes aspectos sobre el TDAH y las relaciones sociales, es decir, sobre la competencia social de los niños afectados. Por ‘competencia social’ se entiende el funcionamiento eficaz de una persona en contextos sociales, en función de las capacidades de cada persona. 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 [4]. Siguiendo esta clasificación, el presente trabajo pretende:

- Subrayar la importancia de la afectación de las relaciones sociales y de la regulación emocional en niños con TDAH.
- Incitar el desarrollo de nuevas investigaciones que estudien las relaciones sociales y la regulación emocional, tanto desde el punto de vista neural como conductual.
- Evidenciar la necesidad de evaluar y entrenar las habilidades sociales y el área psicoafectiva.

DESARROLLO

Numerosos estudios han documentado que 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 [3,4]. 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. Las causas del rechazo pueden agruparse en dos conjuntos: conductas molestas (desorganizadas, antisociales y agresivas) y características de personalidad (mal carácter, egoísta, mal compañero, prepotente, etc.), y ya en menor medida, características académicas (mal estudiante) [5]. Otras investigaciones han identificado patrones de comporta-

Aceptado: 09.01.09.

^a Centro CADE. ^b Departamento de Neuropediatría. Hospital de La Zarzuela. Madrid, España.

Correspondencia: Dr. Alberto Fernández Jaén. Servicio de Pediatría. Departamento de Neuropediatría. Hospital de La Zarzuela. Pléyades, 25. E-28023 Madrid. E-mail: aferjaen@telefonica.net

© 2009, REVISTA DE NEUROLOGÍA

mientos asociados a un funcionamiento social inadecuado, que afecta a la calidad de las interacciones personales. Las agresiones verbales y físicas, los comportamientos negativos al entrar en nuevos grupos o en clase (ruidoso, molesto, violar reglas, discutir, etc.) son los comportamientos más asociados con el rechazo de pares. Por su sintomatología, los niños con TDAH muestran mayores tasas de este tipo de comportamientos: conductas desorganizadas, agresivas, imprevisibles, oposicionistas, fuera de lugar, ruidosas, violación de reglas, actos inesperados e inapropiados. En resumen, la agresividad y la no complacencia son dos factores esenciales del rechazo social. Además, estos niños se muestran menos adaptativos a la hora de cambiar sus patrones de comunicación en función de las demandas de la tarea, y su estilo de respuesta tiene efectos negativos en el comportamiento de los pares [5,6].

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. Los profesores, que en clase pasan más tiempo interactuando con los niños con TDAH que con el resto de los alumnos, tienden a mostrarse más controladores y a responder con mayor número de conductas negativas. En casa, las díadas formadas por un niño con TDAH emprenden mayor número de interacciones negativas que las compuestas por dos niños sin TDAH. En situación de juego libre con las madres, los niños del grupo TDAH se muestran más negativos e independientes de sus madres que los niños del grupo control. Así, los padres de niños con TDAH tienen un estilo educativo más directivo e intrusivo que los padres con hijos sin este trastorno [6]. En un reciente estudio sobre los estilos educativos en familias con un hijo con TDAH, Alizadeh et al [7] revelan que los padres de estos niños se muestran menos confiados e involucrados en la relación, despliegan menos conductas calurosas y tienden a usar con mayor frecuencia el castigo corporal.

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 [8]. Otros estudios, sin embargo, aportan datos contradictorios a este trabajo, y 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 [9]. 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). La única escala en la que los niños con TDAH no obtuvieron peores puntuaciones es la escala deportiva/atletica. El análisis pormenorizado de la autoestima o autopercepción en estas áreas puede aportar información valiosa para la intervención individualizada sobre el paciente.

Con el fin de mejorar las relaciones sociales de estos niños y cambiar su estatus social, se han creado programas de entrenamiento en habilidades sociales destinados a entrenar capacidades decisivas en la aceptación y el rechazo social (cooperación, comunicación, participación, etc.) a través de tres etapas: instrucciones teóricas, prácticas con pares y retroalimentación. Tales programas tienen una alta eficacia en niños sin TDAH (70-80%), pero sólo funcionan en el 40-50% de los niños con

TDAH. El entrenamiento en habilidades sociales como único tratamiento no basta para mejorar el estatus social de los niños con TDAH en su grupo de pares. Si bien una gran parte de los comportamientos disruptivos, agresivos e inatentos mejoran con el tratamiento farmacológico y/o combinado, en estos niños persiste la dificultad para regular su comportamiento en función de las demandas situacionales: les cuesta usar las pistas ambientales para guiarse en su funcionamiento social según lo entrenado, y tienden a comportarse siempre igual en diferentes contextos y circunstancias. Otra razón que explica la pobre eficacia de este tipo de entrenamiento en niños con TDAH es el hecho de que el rechazo social pueda mantenerse mediante procesos grupales recíprocos entre niños rechazados y sus pares como son la estereotipización y el sesgo reputacional. Los pares desarrollan un estereotipo negativo de los niños con patrón de funcionamiento social molesto, y como consecuencia de ello, atienden de forma significativa a los comportamientos conformes a sus estereotipos. En contrapartida, el niño rechazado desarrolla un sesgo similar en el procesamiento cognitivo del comportamiento social de sus pares [3]. En este sentido, la bibliografía científica indica que la etiqueta diagnóstica puede tener un impacto negativo en las relaciones con profesores y pares de niños sin TDAH. El estudio de Koonce [10] analiza el efecto de la etiqueta de TDAH en el juicio hecho por profesores al observar a un niño con este trastorno; éstos obtuvieron peores apreciaciones y juicios más negativos con respecto a la atención. Estos datos contradicen los de estudios anteriores que encontraban una mayor tolerancia y actitudes positivas de pares hacia niños diagnosticados de dificultad de aprendizaje. El trabajo de Brook y Geva [11] estudia el conocimiento y las actitudes de los alumnos respecto a sus compañeros con dificultades de aprendizaje y TDAH, e indica que los alumnos no tienen conciencia suficiente de lo que es el TDAH; tan sólo la mitad de los casos lo conocen. En dicho estudio, si bien no se encuentra una correlación significativa entre el nivel de conocimiento de los alumnos y las actitudes tolerantes, los autores interpretan que al estar más familiarizados con las dificultades de aprendizaje, los pares expresan actitudes más tolerantes hacia los niños con dificultades de aprendizaje y menos paciencia con los niños con TDAH.

Al igual que gran parte de los problemas característicos del TDAH, las dificultades sociales de estos niños aparecen pronto en el desarrollo y se mantienen hasta la edad adulta. El estudio de Merrell y Wolf [12] demuestra la relación que existe entre las características comportamentales propias del TDAH en niños en edad preescolar y las bajas puntuaciones en una escala de habilidades sociales rellena por profesores. En el sentido inverso, este estudio también señala que los preescolares con falta de habilidades sociales tienden a experimentar más dificultades de aprendizaje, dificultades en las relaciones interpersonales, problemas de autoajuste y trastornos de conducta. Las peores puntuaciones en la escala de habilidades sociales en los preescolares con TDAH se asocia con un mayor riesgo de desarrollar déficit significativos en otras áreas de la competencia social; la cooperación social es el área más afectada, e implica al seguimiento de reglas y de una estructura, así como a las respuestas adecuadas a las expectativas sociales de pares y adultos.

Sobanski et al [13] analizan la relación entre el TDAH residual en el adulto y sus subtipos, con factores psicopatológicos, psicosociales y trastornos neuropsiquiátricos comórbidos. Todos los grupos de adultos con TDAH mostraron significativamente un menor nivel educativo, un mayor paro laboral y más

problemas psiquiátricos que los grupos control. Al comparar los subgrupos, y corroborando estudios previos, este trabajo vuelve a demostrar que la comorbilidad es dependiente, también en la edad adulta, del subtipo de TDAH, y, por ejemplo, es dos veces más frecuente el abuso de sustancias tóxicas en los subtipos combinado e hiperactivo-impulsivo que en el de predominio inatencional. A pesar de ciertas limitaciones metodológicas del estudio (la muestra correspondía a una población clínica referida y no se tuvieron en cuenta las capacidades cognitivas), los resultados mostraron claras diferencias en el ajuste social de adultos con TDAH respecto al grupo control y un mayor riesgo de padecer trastornos psiquiátricos. Estos autores sugieren igualmente que todos los grupos TDAH comparten riesgos similares de presentar un funcionamiento social inadecuado con consecuencias negativas.

Ahondando en los motivos de los problemas interpersonales, la bibliografía desvela la frecuente aparición de déficit en la comunicación no verbal y, en particular, de los aspectos receptivos. En este sentido, el correcto reconocimiento de expresiones faciales de emociones desempeña un papel fundamental en el desarrollo y la regulación de las relaciones interpersonales; de este modo, se han observado marcadas diferencias en la capacidad de percibir correctamente emociones entre niños socialmente aceptados y rechazados. En este sentido, Pelc et al [14] compararon el rendimiento de un grupo de niños con TDAH y un grupo control en el reconocimiento de expresiones faciales emocionales. Los resultados indican que el grupo TDAH cometió un número significativamente mayor de errores que el grupo control al etiquetar las expresiones faciales emocionales. Estos resultados son compatibles con otros anteriores que también indicaban la presencia de problemas en el procesamiento de pistas no verbales en niños con TDAH. Estos autores reúnen evidencias empíricas sobre la presencia de problemas perceptuales en el TDAH, haciendo un énfasis particular en los problemas visoperceptivos, y relacionándolos con las dificultades en el dibujo, la escritura o la lectura. Igualmente, tampoco excluyen déficit perceptuales más específicos, que podrían implicar a diferentes áreas corticales (p. ej., corteza parietal) necesarias para un adecuado procesamiento de expresiones faciales de emociones (áreas que están afectadas tal y como se ha demostrado en los últimos estudios neurorradiológicos en niños y adolescentes con TDAH). En este mismo trabajo se indica que los niños con TDAH tienen más dificultades que los niños del grupo control a la hora de reconocer emociones como el enfado o la tristeza y son menos conscientes de sus errores. En un estudio anterior [15] se observó cómo los niños con TDAH también confundían las emociones de enfado y disgusto; estos autores concluyen que las dificultades sociales de los niños con problemas de conducta provienen de un sesgo en la percepción de emociones, mientras que las dificultades de los niños con TDAH provienen de un fallo al atender a las pistas apropiadas de la emoción, lo cual tendría importantes implicaciones para el tratamiento (entrenamiento en el reconocimiento de emociones y autoajuste correspondiente).

Otra línea de interpretación posible para explicar las dificultades sociales de niños con TDAH es que fallan en habilidades sociocognitivas fundamentales para un funcionamiento social competente. Estas habilidades sociocognitivas implican la capacidad de entender e interpretar comportamientos sociales de otros, de reconocer problemas sociales, así como de generar soluciones eficaces y apreciar sus consecuencias. Nixon [4] reco-

ge evidencias de varios trabajos que sugieren que los niños rechazados socialmente presentan dificultades en estas áreas y tienden a hacer inferencias interpersonales inadecuadas que llevan a comportamientos inapropiados. Entre estas dificultades destacan los déficit en la interpretación de información social y la atención a pistas relevantes, la facilidad para aportar soluciones hipotéticas a eventuales problemas sociales, pero con un peor rendimiento a la hora de generar soluciones reales, la mayor tolerancia o sobreentendimiento de comportamientos desviados en pares y la carencia en el conocimiento social necesario para el mantenimiento de relaciones sociales y para la resolución de conflictos interpersonales. Como bien subraya Nixon, es probable que, dada la heterogeneidad del trastorno, algunos niños tengan dificultades en el conocimiento de comportamientos sociales adecuados y otros las tengan en el uso eficaz de ese conocimiento para interactuar con otros. Además, otro factor relevante es la presencia de diferentes metas sociales en niños con TDAH respecto a sus pares, de tal manera que, por ejemplo, los niños con altos niveles de agresividad buscan en mayor medida la dominación, lo cual quizá viene originado por la necesidad de satisfacer la búsqueda de sensaciones a través de la desorganización social en vez de buscar interacciones más suaves. La hiperactividad o el exceso de actividad motora son factores de riesgo similar que la agresividad a la hora de tener un funcionamiento social inadecuado. Teniendo en cuenta que el tratamiento farmacológico regula el exceso de actividad motora, mejorando así la interacción social, la intervención psicopedagógica debería, además, redirigir las metas sociales de estos niños, trabajando el conocimiento social necesario para el mantenimiento de relaciones sociales y la resolución de conflictos interpersonales.

Según otros trabajos, el peor reconocimiento de emociones, así como el fallo en las habilidades sociocognitivas necesarias para el buen funcionamiento social, también podrían explicarse de manera no específica por la sintomatología inatenta-impulsiva nuclear del trastorno o por alteraciones en los procesos motivacionales. Los déficit en el funcionamiento ejecutivo característicos del TDAH implican un peor rendimiento en tareas de atención, autocontrol y, consecuentemente, en las habilidades sociales. Albert et al [1] subrayan el importante papel que desempeña la regulación emocional en los modelos ejecutivos explicativos del TDAH. Según algunos esquemas, la dificultad para regular emociones y tolerar la frustración lleva a estos niños a reaccionar de manera desproporcionada ante distintas situaciones, y se ha demostrado que este tipo de conductas, inesperadas socialmente, aumenta el rechazo social de pares. En otros modelos ejecutivos se explica la autorregulación emocional como un proceso de control inhibitorio que permite modular las emociones, y que, en caso de disfunción, puede provocar un aumento de la respuesta emocional, menor empatía, menor capacidad de regular estados emocionales o mayor dificultad para crear y mantener una motivación y la activación. En resumen, la regulación emocional se ha incluido en las teorías ejecutivas del TDAH como un síntoma secundario originado por una disfunción primaria en los procesos de control inhibitorio. Sin embargo, este mismo trabajo también recoge distintos modelos multicausales que describen el TDAH como el resultado de una serie de anomalías en los circuitos neurales subyacentes, por un lado, a los procesos de control cognitivo inhibitorio (frontoestriado, frontocerebeloso) y, por otro, a los procesos afectivos (frontolímbico). Todos estos modelos tienen una fuerte base neurobiológica y permiten explicar la heterogeneidad

sintomática del trastorno y, en particular, las dificultades motivacionales y emocionales.

Actualmente, existen tres tratamientos con soporte científico en el TDAH: el farmacológico, la intervención conductual y el combinado. Si bien queda demostrado que la combinación de tratamientos farmacológico y psicoeducativo resulta más eficaz que la aplicación de cada tratamiento por separado, en el estudio del tratamiento multimodal de niños con TDAH, el farmacológico controlado adquiere una especial relevancia [2,16]. En efecto, el tratamiento farmacológico tiene poderosos efectos en la capacidad de atención y concentración, y disminuye la hiperactividad-impulsividad [2,16]. En los últimos años, numerosos estudios han evidenciado una mejora bajo el efecto de psicoestimulantes en el 65-75% de los pacientes, frente al 15-30% de los niños tratados con placebo. Clínicamente, el empleo del metilfenidato con frecuencia produce una mejoría inmediata en el comportamiento. También mejora la atención, el autocontrol, la agresividad, los problemas de conducta, el oposicionismo y las relaciones interpersonales, especialmente en el ámbito familiar y escolar.

Sin embargo, algunos estudios indican que el tratamiento farmacológico aislado no mejora el estatus sociométrico de los niños TDAH [3], ya que si bien disminuye los comportamientos sociales negativos, no aumenta los positivos. Una posible explicación es que el efecto terapéutico neuroquímico disminuye en las horas de juego social (comida y después de clase) cuando se emplean tratamientos de acción corta. Además, los beneficios de la medicación varían en función de las dosis. Generalmente, dosis más elevadas se asocian con una mayor remisión sintomática. Sin embargo, dosis óptimas para el tratamiento de problemas académicos o conductuales no siempre coinciden con las dosis más eficaces a la hora de mejorar las relaciones con pares y el funcionamiento social. Esto se entiende si tenemos en cuenta que, a diferencia de las capacidades de atención, concentración y autocontrol, el funcionamiento social implica también la capacidad de regular el comportamiento en función de la información percibida en cada situación, y que esa capacidad depende en gran medida de la habilidad para captar pistas no verbales. Los niños con TDAH tienen dificultades en el reconocimiento y la gestión emocional, por lo cual, aunque mejoren sus comportamientos disruptivos, siguen mostrando problemas en las relaciones sociales. Respecto a la percepción de pistas no verbales, Hall et al [17] evidencian una mejoría significativa en el reconocimiento de la información paralingüística y posturas corporales en niños con TDAH bajo medicación, como ocurre con la mejora observada en la gestión emocional bajo tratamiento con atomoxetina o metilfenidato en niños y adultos [18,19]. En su trabajo, Albert et al [1] resaltan las limitaciones del conocimiento sobre alteraciones emocionales en el TDAH y la presencia de cuestiones abiertas, especialmente respecto a las bases neurales que subyacen a estas disfunciones. Estudios de neuroimagen han permitido evidenciar que la corteza cingulada anterior, la corteza prefrontal dorsolateral y orbital o el caudado desempeñan un papel fundamental en el reconocimiento y en la regulación de emociones, áreas donde la dopamina tiene un papel trascendental. Paralelamente, se ha indicado la implicación del sistema dopaminérgico en los procesos emocionales y motivacionales; esto podría explicar igualmente un beneficio 'dirc-

to' de los tratamientos farmacológicos en la falta de habilidades sociales.

Teniendo en cuenta que el efecto de la medicación depende de la dosis, es importante ajustar los tratamientos de una forma individualizada y adecuada para obtener un efecto óptimo. Por ello, las guías europeas y estadounidenses recomiendan un control clínico periódico y estrecho de los pacientes tratados farmacológicamente [2,16]. El uso de escalas de síntomas del TDAH permite evaluar la mejoría de los aspectos clínicos, externalizantes; los exámenes neuropsicológicos y el test de ejecución continuada evalúan, por su parte, la eficacia cognitiva y el funcionamiento ejecutivo en particular [16]. Pero esta revisión también evidencia la necesidad de tener en cuenta la competencia social, la afectación de las relaciones sociales y de la regulación emocional en niños con TDAH. La evaluación neuropsicológica permite valorar las capacidades cognitivas, el funcionamiento ejecutivo, el potencial académico, así como analizar las habilidades necesarias para un buen rendimiento académico; pero sobre todo permite evidenciar otras afectaciones paralelas, como las dificultades sociales, de autoajuste y de regulación emocional que podrían justificar parte de la problemática social observada en niños con TDAH. Se necesitan nuevas investigaciones que estudien las relaciones sociales, la percepción y la regulación emocional, tanto desde el punto de vista neural como conductual, para así poder evaluar y entrenar las habilidades sociales y el área psicoafectiva, así como para obtener orientaciones sobre el tratamiento farmacológico más eficaz.

CONCLUSIONES

Los niños con TDAH experimentan dificultades en las relaciones sociales importantes. Muestran una baja competencia social y generalmente se les rechaza por sus conductas. No es infrecuente que estos conflictos estén ya presentes en los primeros años de vida, y que en gran medida se mantengan en la edad adulta. En la edad escolar, estos problemas no sólo quedan relegados a sus coetáneos, sino que se observan también en los educadores, padres o profesores.

La inapropiada autopercepción de esta falta de habilidad social, sumada al sesgo reputacional, condiciona también la realidad de estos pacientes.

El origen de esta baja competencia social es multifactorial, y probablemente está condicionada por la disfunción de vías dopaminérgicas implicadas en los procesos emocionales y motivacionales. Desde un punto de vista cognitivo, la propia disfunción ejecutiva y los déficit en la comunicación no verbal pueden desempeñar un papel trascendental en su origen o intensidad.

Aunque el tratamiento farmacológico ha demostrado mejorar la agresividad y las relaciones interpersonales, tanto en el ámbito familiar como escolar, la creación de programas de entrenamiento de habilidades sociales que ejerciten el reconocimiento de emociones y el autoajuste correspondiente, las instrucciones teorico-prácticas con pares y/o la retroalimentación pueden mejorar potencialmente las habilidades sociales de estos chicos. Sin embargo, se requieren más investigaciones que estudien las causas de estos problemas y la eficacia terapéutica de programas específicos destinados a mejorar la competencia social de niños y adultos con TDAH.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albert J, López-Martín S, Fernández-Jaén A, Carretié L. Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Rev Neurol* 2008; 47: 39-45.
2. Fernández-Jaén A, Martín D, Calleja-Pérez B, Muñoz N. El niño hiperactivo. *Jano* 2007; 1676: 27-33.
3. Mrug S, Hoza B, Gerdes C. Children with attention-deficit/hyperactivity disorder: peer relationships and peer-oriented interventions. *N Dir Child Adolesc Dev* 2001; 91: 51-77.
4. Nixon E. The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: a review of the literature. *Child Psychol Psychiatry Rev* 2001; 6: 172-80.
5. García-Castellar R, Presentación-Herrero MJ, Sigenthaler-Hierro R, Miranda-Casas A. Estado sociométrico de los niños con trastorno de atención con hiperactividad subtipo combinado. *Rev Neurol* 2006; 42 (Supl 1): S13-7.
6. Saunders B, Chambers SM. A review of the literature in attention-deficit hyperactivity disorder children: peer interaction and collaborative learning. *Psychol Sch* 1996; 33: 333-40.
7. Alizadeh H, Applekist KF, Coolidge FI. Parent self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse Negl* 2007; 31: 567-72.
8. Hoza B, Verdes C, Hinsaw S, Arnold L, Pelma WE, Molina B, et al. Self perception of competence in children with ADHD and comparison children. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 382-91.
9. Barber S, Grubbs L, Cottrell B. Self perception in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr Nurs* 2005; 20: 235-45.
10. Koonce DA, Cruce MK, Aldridge JO, Langford CA, Sporer AK, Stinnett TA. The ADHD label, analogue methodology, and participants' geographic location on judgments of social and attentional skills. *Psychol Sch* 2004; 41: 221-34.
11. Brook U, Geva D. Knowledge and attitudes of high school pupils towards peers' attention deficit and learning disabilities. *Patient Educ Couns* 2001; 43: 31-6.
12. Merrell KW, Wolfe TM. The relationship of teacher-rated social skills deficits and ADHD characteristics among kindergarten-age children. *Psychol Sch* 1998; 35: 101-9.
13. Sobanzki E, Bruggemann D, Alm B, Kern S, Philipsen A, Schamalzried H, et al. Subtype differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with regard to ADHD-symptoms, psychiatric comorbidity and psychosocial adjustment. *Eur Psychiatry* 2008; 23: 142-9.
14. Pelc K, Kornreich C, Foisy ML, Dan B. Recognition of emotional facial expressions in attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatr Neurol* 2006; 35: 93-7.
15. Singh SD, Ellis CR, Winton AS, Singh NN, Leung JP, Oswald DP. Recognition of facial expressions of emotion by children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Behav Modif* 1998; 22: 128-42.
16. Fernández-Jaén A, Martín D, Calleja-Pérez B, Moreno N, Muñoz-Jareño N. Efectos del metilfenidato en los procesos cognitivo-atencionales. Uso de los test de ejecución continuada. *Rev Neurol* 2008; 46 (Supl 1): S47-9.
17. Hall C, Peterson AD, Webster RE, Bolen LM, Brown MB. Perception of non-verbal social cues by regular education, ADHD, and ADHD/LD students. *Psychol Sch* 1999; 36: 505-14.
18. Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Gallagher R, Fleiss K, Etcovitch J, et al. Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 820-9.
19. Prasad S, Harpin V, Poole L, Zeitlin H, Jamdar S, Puvanendran K, The SUNBEAM Study Group. A multi-centre, randomised, open-label study of atomoxetine compared with standard current therapy in UK children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Curr Med Res Opin* 2007; 23: 379-94.

SOCIAL SKILLS IN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Summary. Introduction and development. *Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a heterogeneous disorder that is often accompanied by poor social functioning and competence. Sixty to seventy per cent of children with ADHD are socially rejected and stigmatised because of their provocative, aggressive or disruptive behaviour. These patients have difficulty in monitoring and interpreting social cues, resolving interpersonal conflicts and in creating practical solutions. This has repercussions on their appreciation and relationships with their peers and educators, from the earliest pre-school ages even up to adulthood. Different hypotheses exist regarding its origins, ranging from the dysfunctional involvement of areas of the brain that play a part in executive and emotional functioning to perceptible defects in recognising emotions and failure in the socio-cognitive skills needed to perform competent social activity. Conclusions. Early diagnosis and pharmacological and psycho-educational intervention are essential for improving the cardinal symptoms of ADHD, as well as the social problems associated with or originated by it. [REV NEUROL 2009; 48 (Supl 2): S107-11]*

Key words. ADHD. Attention deficit. Executive dysfunction. Social skills.