

Intervención en habilidades sociocognitivas para la solución de problemas interpersonales en población infantil con TDAH: Un ensayo controlado aleatorizado

Daiana Russo¹, Liliana Bakker¹, Josefina Rubiales¹ y Ana B. Lacunza²

¹Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata, Argentina

²Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán, Tucumán, Argentina

Intervention in Sociocognitive Skills for Interpersonal Problem-Solving in Children with ADHD: A Randomized Controlled Trial

ABSTRACT

Objective: To enhance sociocognitive skills for interpersonal problem-solving in children with ADHD. **Method:** A randomized controlled trial, with pre- and post-intervention assessment, was used. The sample consisted of 40 children randomly assigned to either the intervention ($n = 20$) or the waiting list control group ($n = 20$), aged from 8 to 10 years, selected for exhibiting a diagnosis of ADHA. **Results:** Overall, significant improvements were found from pre- to post-treatment in the intervention group, with an increase in scores on most interpersonal problem-solving skills and assertiveness, and a decrease in scores on negative social skills. According to parental reports, improvements were also observed in basic social skills and interpersonal problem-solving abilities. **Conclusions:** The implemented program promoted improvements in cognitive skills for interpersonal problem-solving and perception of social performance, with implications at both the individual level for emotional and social well-being.

Keywords: Interpersonal problem-solving; children; social performance; ADHD; sociocognitive therapy.

RESUMEN

Objetivo: Potenciar las habilidades sociocognitivas para la solución de problemas interpersonales en población infantil con TDAH. **Método:** Se aplicó un ensayo clínico controlado aleatorizado, con evaluaciones durante el pre- y el postratamiento. La muestra consistió en 40 niños asignados al azar al grupo de intervención ($n = 20$) o al grupo de control de lista de espera ($n = 20$), con edades entre 8 y 10 años, seleccionados por presentar diagnóstico de TDAH. **Resultados:** Globalmente, se observaron mejoras significativas entre el pre- y el postratamiento, con un incremento en las puntuaciones en la mayoría de las habilidades de solución de problemas interpersonales y en asertividad, y una disminución de puntuaciones para habilidades sociales negativas. Se evidenciaron mejores puntuaciones en habilidades sociales básicas y habilidades de solución de problemas interpersonales, de acuerdo con lo informado por los padres. **Conclusiones:** El programa promovió mejoras en habilidades cognitivas de solución de problemas interpersonales y percepción del desempeño social, con implicancias tanto a nivel individual en bienestar emocional y social.

Palabras clave: Solución de problemas interpersonales; niños; desempeño social; TDAH.

Recibido: 4 de abril de 2025; aceptado: 30 de octubre de 2025.

Correspondencia: Josefina Rubiales, Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Dean Funes 3250, Cuerpo V, Nivel III, 7600, Mar del Plata, Argentina. Correo-e: josefinarubiales@mdp.edu.ar

Financiación: este estudio fue financiado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes en la infancia (Espejel et al. 2023), siendo su sintomatología motivo frecuente de consulta a profesionales en el ámbito de la salud (Gaitán-Chipatecua y

Rey-Anacona, 2013). Se caracteriza por un patrón persistente de síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que es más frecuente y grave que el habitual en personas con un desarrollo similar (Molina-Torres et al., 2022). El diagnóstico se basa en criterios clínicos establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 y DSM-5-TR (APA, 2013; 2022). A nivel mundial, la prevalencia del TDAH en población infantil se estima entre el 4 y el 7% (Sayal et al. 2018) y alrededor del 4% a nivel local (Grañana, 2017). La incidencia es mayor en niños que en niñas, y existen diferencias en la presentación de síntomas y comorbilidades asociadas (Catalá-López et al., 2012).

Los síntomas de TDAH afectan no solo el desarrollo cognitivo, sino también el funcionamiento emocional y social, impactando negativamente en el aprendizaje y la adaptación a diferentes contextos (Curiel-García et al., 2024; Miranda-Casas y Soriano-Ferrer, 2010). En los últimos años, diversos estudios han evidenciado que los niños con TDAH presentan dificultades en las relaciones sociales, en la regulación emocional y un estilo de interacción social predominantemente agresivo o pasivo (Kathju, 2021; Lacunza et al., 2022; Morris et al., 2021; Powell et al., 2022). Estas dificultades reflejan un déficit en las habilidades cognitivas necesarias para el funcionamiento social competente (Pardos et al., 2009). En este proceso, los niños con TDAH suelen tener grandes desafíos para enfrentar problemas interpersonales, especialmente en lo relacionado a generar distintas alternativas y encontrar soluciones efectivas, ya que tienden a hacerlo de manera impulsiva (García-Pérez, 2009), mostrando dificultades para anticipar consecuencias y retrasar la gratificación (Ozcan et al., 2013; Rubiales et al., 2017).

El modelo de resolución de problemas interpersonales propuesto por D'Zurilla y Goldfried en 1973 (Morelato et al., 2019) se define como un proceso cognitivo-interpersonal destinado a identificar una solución a un problema que sea aceptable y satisfactoria para todas las personas que formen parte de la situación. Este enfoque incrementa la probabilidad de encontrar la solución más adecuada entre las diversas alternativas posibles. A continuación, se mencionan las habilidades cognitivas que conforman el proceso de resolución de problemas: definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisión y verificación de la efectividad de la solución. Estas habilidades pueden ser enseñadas y entrenadas (D'Zurilla y Goldfried, 1971), lo cual resulta fundamental en la intervención del TDAH.

La implementación de programas de intervención para el desarrollo de habilidades de resolución de problemas interpersonales ha demostrado ser efectiva (Aberson, 2007; Moreno e Ison, 2013; Sánchez et al.,

2006). Uno de ellos es el Programa de Enseñanza de Soluciones Cognitivas para Evitar Problemas Interpersonales (ESCePI), diseñado por García-Pérez y Magaz-Lago (1997). Este programa tiene como finalidad desarrollar en los niños habilidades cognitivas para resolver y prevenir conflictos sociales, fomentar una actitud ética de respeto hacia sí mismos y hacia los demás y consolidar un sistema de valores que oriente su comportamiento social de manera responsable. Está compuesto por unidades didácticas en las que se enseña a los niños a identificar situaciones de interacción social que representan un problema, definir de manera concreta una situación-problema, generar alternativas de solución, anticipar múltiples y variadas consecuencias a corto y largo plazo (para uno mismo y para los demás), tomar decisiones y planificar la ejecución de una decisión (García-Pérez y Magaz-Lago, 1997; Moreno y Ison, 2013). La intervención y evaluación permiten enriquecer la práctica clínica y ofrecer evidencia sobre la efectividad de la intervención psicosocial en habilidades sociocognitivas, aportando al conocimiento y al tratamiento de este diagnóstico. El manual del programa describe los resultados observados en contextos educativos, tales como la disminución de conductas agresivas, el aumento de interacciones prosociales, la mejora del clima del aula y una mayor atención y autocontrol (García-Pérez y Magaz-Lago, 1997). Algunas investigaciones empíricas aportan evidencia sobre su efectividad. En Argentina, Ison et al. (2007) observaron que tras la implementación del programa en niños con disfunción en atención sostenida, el grupo experimental mostró mayor capacidad para identificar situaciones sociales problemáticas, reconocer la emoción de tristeza y anticipar consecuencias positivas para tomar las decisiones adecuadas, en comparación con el grupo control. Posteriormente, Moreno e Ison (2013) con la utilización de este mismo programa hallaron una disminución significativa de las respuestas agresivas y un aumento en el uso de estrategias alternativas y reflexivas para resolver conflictos interpersonales. A nivel internacional, un programa con fundamentos teóricos similares como el *I Can Problem Solve* (Ozcan et al., 2013) mostró reducciones en problemas conductuales y un aumento en la competencia social.

No obstante, existe una vacancia de evidencia científica sobre programas de intervención en habilidades cognitivas y sociales en niños con diagnóstico de TDAH residentes en Argentina y la literatura científica sobre TDAH ha destacado consistentemente la importancia de abordar no solo los déficits cognitivos sino también los desafíos socioemocionales y motivacionales de esta población. Por ello, el presente estudio busca contribuir proporcionando evidencia empírica sobre la efectividad

del ESCePI en esta población a partir de comparar el desempeño en un grupo que ha realizado la intervención con otro grupo que no la ha realizado.

Por lo expuesto se considera que reviste importancia el desarrollo del presente proyecto en función de las siguientes hipótesis: los niños que participen en el programa de intervención presentarán un mejor desempeño en habilidades cognitivas para la solución de problemas interpersonales respecto a aquellos niños que no reciban la intervención, específicamente en las habilidades como Pensamiento alternativo y Pensamiento consecuencial; y presentarán una mejor autopercepción de su desempeño social, y menor cantidad de respuestas agresivas en situaciones sociales.

Método

Diseño

El estudio consistió en un ensayo clínico controlado aleatorizado con un grupo experimental (grupo de intervención) y un grupo de control (grupo de lista de espera). Las variables de resultado se evaluaron en las condiciones pre- y postratamiento, y consistieron en variables sobre habilidades sociales, asertividad y solución de problemas interpersonales evaluadas en los niños; y habilidades sociales y de solución de problemas interpersonales percibidas por sus padres. El estudio se llevó a cabo de acuerdo con las directrices indicadas por Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) (Hopewell et al, 2025).

Procedimiento

En cuanto al reclutamiento de los participantes, se realizó a partir de la derivación de pacientes por profesionales médicos pediatras, neurólogos y psiquiatras de la ciudad de Mar del Plata (Argentina). Con la información proporcionada se estableció contacto de forma individual con los padres de los niños con diagnóstico de TDAH. El estudio se llevó a cabo en las instalaciones del Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina). El proceso de reclutamiento de participantes, evaluación e intervención fue realizado entre los años 2018 y 2023.

En una primera instancia se realizó una entrevista con los padres y una evaluación neuropsicológica a los niños para valorar los criterios de inclusión y de exclusión. Los participantes asignados al grupo con intervención tuvieron la oportunidad de cumplimentar los cuestionarios de evaluación de la fase pretest, de asistir a 12

sesiones con una duración de 30 minutos cada una, distribuidas en 3 meses, en las cuales se implementó el programa ESCePI, y de cumplimentar los cuestionarios de evaluación de la fase postest. Al finalizar la intervención se realizó una reunión de devolución con los padres en la que se entregó un informe escrito con los resultados obtenidos. Por su parte, los participantes del grupo control (lista de espera) completaron los cuestionarios de evaluación de la fase pretest y, tras un intervalo de 3 meses, respondieron los cuestionarios de evaluación de la fase postest. Si bien no participaron de la intervención se les brindó la posibilidad de incluirse en el programa una vez finalizado el postest del estudio. Las intervenciones fueron aplicadas por psicólogas con formación de postgrado y experiencia en neuropsicología, diagnóstico y tratamiento de trastornos del neurodesarrollo y formación específica en el programa ESCePI.

En relación con los aspectos éticos, el cumplimiento de normas bioéticas fue evaluado, supervisado y aprobado por el Comité de Ética del Programa Temático Interdisciplinario en Bioética, en el ámbito de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Se respetaron los principios éticos para la investigación con seres humanos, se cumplió con los estándares dispuestos en la Declaración de Helsinki, la Declaración de la UNESCO sobre Bioética y Derechos Humanos y las regulaciones nacionales e internacionales que protegen los procesos de investigación. La participación fue voluntaria y sujeta al consentimiento informado de los padres y al asentimiento de los niños. Se procuraron las condiciones necesarias para proteger la confidencialidad de la identidad y datos de los participantes. El presente trabajo forma parte de la tesis doctoral de una de las autoras (DR). El protocolo y los datos no se encuentran disponibles en repositorios abiertos, aunque pueden solicitarse a la autora responsable con fines académicos.

Participantes

La muestra total estuvo conformada por 40 niños con diagnóstico de TDAH, residentes en la ciudad de Mar del Plata (Argentina), con edades entre 8 y 10 años. El grupo con intervención estuvo compuesto por 20 niños ($M_{edad} = 9.95$; $DT = 1.30$), y el grupo control por 20 niños ($M_{edad} = 9.35$; $DT = 1.26$). La distribución por sexo fue idéntica en ambos grupos, 18 varones y 2 mujeres por grupo.

Los criterios de inclusión fueron: a) contar con diagnóstico confirmado de TDAH según criterios del DSM-5 (APA, 2013), b) presentar puntuaciones por encima del punto de corte para el diagnóstico de TDAH de acuerdo a lo establecido en la escala SNAP IV (Grañana et al.,

2011) y c) presentar nivel intelectual promedio evaluado con el Test de Inteligencia Breve de Reynolds (RIST) (Reynolds y Kamphaus, 2009). Los criterios de exclusión considerados fueron: a) presentar comorbilidades psicológicas, psiquiátricas o neurológicas, b) presentar discapacidad intelectual ($CI < 70$), c) presentar déficits sensoriales, d) estar recibiendo tratamiento psicológico simultáneo y e) no firmar el consentimiento informado.

La asignación de participantes a los 2 grupos se realizó al azar, con una proporción 1:1, a medida que se realizaba la incorporación al estudio. Debido a las características del mismo, no se emplearon procedimientos de ocultamiento ni cegamiento, es decir, los profesionales y las familias conocían la asignación de participantes a cada grupo.

En la Figura 1 se presenta un diagrama de flujo de participantes del estudio. De un total de 102 derivaciones, 19 no cumplían criterios diagnósticos de TDAH, 26 no coincidían con el criterio etario establecido (8 a 10 años), 8 no aceptaron participar y 9 aceptaron, pero abandonaron durante el proceso. Estos últimos casos que abandonaron fueron excluidos del análisis de datos. La totalidad de los participantes que se incluyeron en el análisis final completó ambas evaluaciones, por lo que no hubo datos faltantes.

Instrumentos

Swanson, Nolan, and Pelham IV (SNAP IV; versión en español de Grañana et al., 2011). Es aplicada por los padres a niños de 4 a 14 años de edad. Mediante una escala tipo Likert, evalúa las conductas de hiperactividad, impulsividad y los síntomas de déficit de atención, con respuesta de cuatro opciones que puntúan de 0 a 3 (0 = no, en absoluto, 1 = sólo un poco, 2 = bastante, y 3 = mucho). La validez para déficit de atención indicó una sensibilidad de 72% y una especificidad de 65%, y para hiperactividad e impulsividad 86% y 73.5% respectivamente (Grañana et al., 2011).

A continuación, se describen los instrumentos utilizados para evaluar las habilidades en las etapas pretest y postest. Se consideraron como variables de resultados principales las habilidades cognitivas de solución de problemas interpersonales, evaluada mediante el Test EVHACOSPI en formato pretest y postest. Como variables secundarias, se evaluaron la conducta asertiva/pasiva/agresiva (CABS), habilidades sociales y dificultades en la interacción (MESSY), y las habilidades de interacción social percibidas por los padres (CHIS).

Test de Evaluación de Habilidades Cognitivas en la Solución de Problemas Interpersonales (EVHACOSPI;

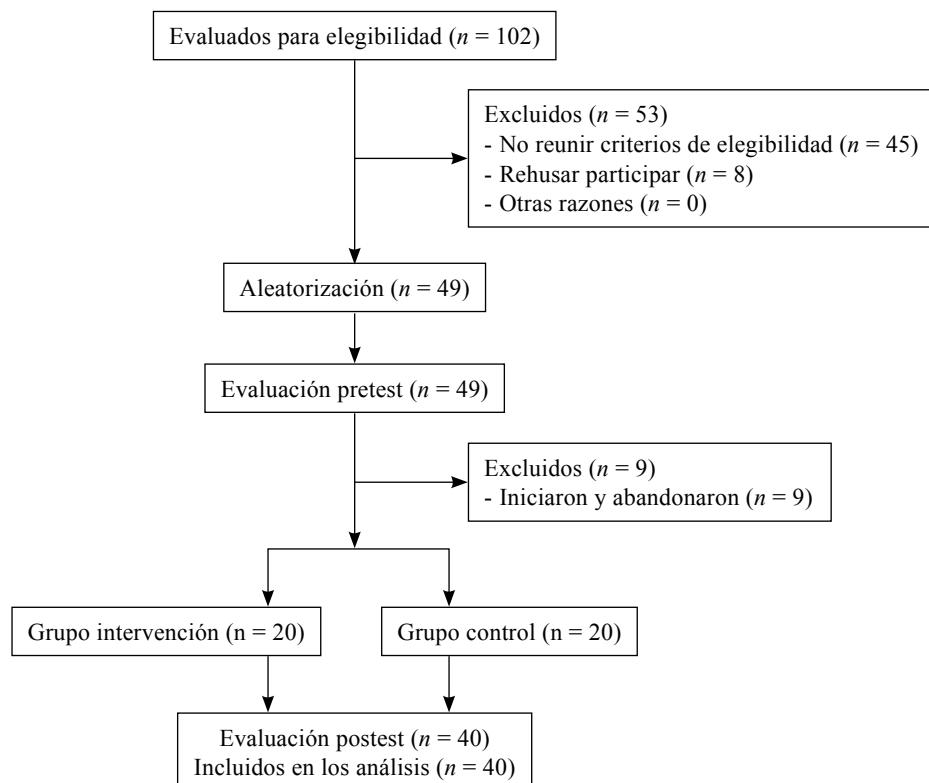


Figura 1. Diagrama de flujo de los participantes del estudio.

García-Pérez y Magaz-Lago, 1998). El instrumento dispone de dos formas (pretest y postest) y las siguientes habilidades cognitivas: *identificación* de situaciones-problema (A); *descripción* de situaciones-problema de manera concreta y operativa (B); *identificación* del problema en una situación de interacción social (vinculado a reconocer el estado emocional negativo del protagonista de la historia) (C); generación del mayor número de alternativas posibles que constituyen o puedan constituir una solución al problema (*Soluciones*); anticipación de posibles consecuencias para cada una de las alternativas generadas (*Consecuencias*) y *toma de decisiones* (TD). Para la puntuación del test se utilizaron los criterios propuestos por los autores de la técnica y otros estudios (Ison, 2004; García-Pérez y Magaz-Lago, 1998; Greco e Ison, 2009; Morelato et al., 2005). Se evaluaron la cantidad y calidad de las respuestas en la resolución de problemas y anticipación de consecuencias. En relación con la cantidad, se puntuaron Categorías (conceptos generales de acciones, actitudes o emociones en la respuesta del niño/a), Enumeraciones (ideas específicas dentro de una categoría) e Irrelevantes (respuestas que no contribuyen a la solución del problema). Con respecto a la calidad de respuestas, se estableció para la categoría de Soluciones: Respuestas Asertivas (cambio de emoción negativa a positiva, solución satisfactoria para todos), Pasivas (conducta evitativa o inhibida) y Agresivas (intención de causar daño físico o psicológico). Y para la categoría de Consecuencias: Respuestas Positivas (mejora del estado emocional del personaje y mayor probabilidad de solución) y Negativas (sin cambio en la emoción displacentera). El test tiene un índice de confiabilidad de .89 (Beldoya-Tuberquia y Osorio-Arenas, 2019).

Escala de Comportamiento Asertivo (CABS; De la Peña et al., 2003). Mide conducta asertiva, agresiva y pasiva en interacciones con pares y adultos. Posee alta consistencia interna ($KR20 = .78$), y fiabilidad (test-retest = .86), así como validez discriminante y convergente (Garaigordobil y Pérez, 1997).

The Matson Evaluation of Social Skills in Youngsters (MESSY; Matson et al., 1983; Trianes et al., 2002). Evalúa habilidades sociales en cinco dimensiones (Asertividad, Impulsividad, Sobreconfianza, Celos/Soledad) y, en su versión para padres, tres dimensiones adicionales (Habilidades sociales apropiadas, Agresividad y Soledad/Ansiedad). Con respecto a las propiedades psicométricas del instrumento, Ipiña et al. (2019) destacan que es un instrumento adecuado (en relación con la validez y confiabilidad) para valorar el desempeño social en niños argentinos de 7 a 13 años.

Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (CHIS; Monjas-Casares, 1993). Este instrumento admi-

nistrado a los padres consta de 60 ítems que describen conductas interpersonales, agrupadas en seis dimensiones: Habilidades sociales básicas; Habilidades para hacer amigos; Habilidades conversacionales; Habilidades emociones, sentimientos, derechos y opiniones; Habilidades solución de problemas interpersonales (SPI) y Habilidades relacionadas con los adultos. Este instrumento posee una confiabilidad de .90 (Barrientos-Balcona y Cornejo-Arispe, 2022).

Intervención

En el grupo de intervención se utilizó el Programa de Enseñanza de Soluciones Cognitivas en Problemas Interpersonales (ESCePI; García-Pérez y Magaz-Lago, 1997). El programa original está organizado en 6 secciones que abordan distintas habilidades mediante historias repetidas en 31 sesiones grupales en un contexto escolar. Dichas secciones incluyen los siguientes objetivos y contenidos:

Sección 1. Identificar una situación-problema: los niños aprenden a reconocer interacciones sociales problemáticas a partir de emociones negativas como enojo, tristeza, ansiedad o vergüenza.

Sección 2. Describir una situación-problema: se les enseña a describir concretamente la situación problema y relacionarla con la emoción desencadenante.

Sección 3. Generar alternativas de solución: se promueve la generación de diversas respuestas ante situaciones problemáticas para reducir el malestar emocional.

Sección 4. Anticipar consecuencias de las alternativas: se trabaja en la identificación de consecuencias inmediatas y a largo plazo para sí mismo/a y para los demás.

Sección 5. Elegir una alternativa: se evalúa la mejor solución considerando costos y beneficios, evitando daños a terceros.

Sección 6. Diseñar un plan de acción: se estructura un plan para llevar a cabo la solución elegida de manera ordenada y efectiva.

Cada sección incluye 6 unidades didácticas con 6 historias diferentes sobre situaciones interpersonales que representan un problema, a excepción de la Sección 1 que incluye además una unidad con una historia que permite mostrar cuando una situación no es una situación-problema.

Para su implementación en niños con TDAH en este estudio se siguieron las recomendaciones propuestas por

Russo et al. (2017). A modo de síntesis, se describen las adaptaciones implementadas para la aplicación en niños con TDAH. Se mantuvo la estructura original de 6 secciones, pero se realizaron modificaciones metodológicas adaptadas a las particularidades de la población abordada. En primer lugar, se utilizó un formato individual en lugar del grupal, con el propósito de ajustar la intervención a las necesidades atencionales y reducir distractores. Asimismo, el número total de sesiones se redujo a 12 sesiones con frecuencia semanal, con una secuencia explícita, de modo que cada habilidad cognitiva se trate en una, 2 o 3 sesiones consecutivas según la com-

plejidad y la extensión de las actividades, lo que permitiría reforzar la comprensión y la práctica efectiva de las estrategias trabajadas. La duración de las sesiones se estableció en 30-40 minutos cada una, más breves que las del protocolo original (50-60 minutos), con el propósito de favorecer la atención sostenida. Por otro lado, se incorporó una mayor cantidad de apoyos visuales (imágenes de las historias y emociones trabajadas en las mismas; cuadros y gráficos para organizar la información de las respuestas y videos con situaciones sociales al finalizar el entrenamiento de cada habilidad) para facilitar la comprensión y el mantenimiento de la atención. Asimis-

Tabla 1. Resumen de las 12 sesiones del programa ESCePI adaptado: objetivos, contenidos principales y adecuaciones para la población clínica

Sesión	Objetivo	Contenidos principales	Adaptaciones para TDAH
1	Identificar situaciones-problema	Introducción al programa. Reconocimiento de emociones básicas (enojo, tristeza, vergüenza, miedo) asociadas a problemas interpersonales. Historias ilustradas.	Uso de imágenes y viñetas breves. Explicaciones cortas y concretas. Refuerzos positivos inmediatos. Pausas programadas.
2	Reconocer emociones en otros	Identificación del estado emocional del protagonista en una historia social. Asociación entre contexto, conducta y emoción.	Historias ilustradas. Preguntas guía para mantener la atención. Explicaciones cortas y concretas. Refuerzos positivos inmediatos. Pausas programadas.
3-5	Describir una situación-problema	Aprender a describir de manera concreta y operativa lo que ocurre en una interacción social.	Historias ilustradas. Preguntas guía para mantener la atención. Explicaciones cortas y concretas. Refuerzos positivos inmediatos. Pausas programadas. Video con situación social.
6-7	Generar alternativas de solución	Estimular la producción de diferentes respuestas posibles ante una situación-problema.	Historias ilustradas. Preguntas guía para mantener la atención. Explicaciones cortas y concretas. Refuerzos positivos inmediatos. Pausas programadas. Cuadros para organizar respuestas. Video con situación social.
8-9	Anticipar consecuencias	Reflexionar sobre las consecuencias de distintas alternativas ante una situación-problema.	Historias ilustradas. Preguntas guía para mantener la atención. Explicaciones cortas y concretas. Refuerzos positivos inmediatos. Pausas programadas. Cuadros para organizar respuestas. Video con situación social.
10-11	Toma de decisiones y plan de acción	Introducir criterios de costo-beneficio para seleccionar la mejor solución posible. Selección de la alternativa más adecuada considerando consecuencias y bienestar propio/otros. Organización de los pasos para implementar la solución elegida.	Historias ilustradas. Preguntas guía para mantener la atención. Explicaciones cortas y concretas. Refuerzos positivos inmediatos. Pausas programadas. Cuadros para organizar respuestas. Video con situación social.
12	Integración y cierre	Repaso de todas las habilidades aprendidas. Reflexión individual sobre cambios logrados.	Cuadro para reflexionar “antes y después” de lo aprendido. Explicaciones cortas y concretas. Refuerzos positivos inmediatos. Pausas programadas. Video con situación social.

mo, se incluyeron refuerzos inmediatos y consignas breves, acompañados de pausas programadas para evitar la fatiga cognitiva. Es importante aclarar que no se realizaron modificaciones al protocolo una vez iniciado el ensayo.

En Tabla 1 se muestran de manera resumida los objetivos de cada sesión, con los contenidos principales y las adecuaciones realizadas para niños con TDAH.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó utilizando el software SPSS (versión 27). En primer lugar, se evaluaron los supuestos de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk y homocedasticidad a través de la prueba de Levene. Dado que los datos no cumplían con dichos supuestos, se aplicaron pruebas no paramétricas, acordes al tamaño muestral y a la distribución de los datos. Posteriormente, se realizaron los análisis descriptivos para cada una de las variables analizadas tanto en las fases pretest y postest para ambos grupos. Para comparar los resultados entre el grupo intervención y el grupo control en cada momento de medición, fases pretest y postest, se llevó a cabo un análisis comparativo intergrupo utilizando la prueba U de Mann-Whitney. El mismo permitió examinar diferencias en las variables dependientes intergrupo. Con el objetivo de evaluar los cambios pretest y postest en cada grupo de manera independiente, se aplicó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas. Dado que la totalidad de los participantes completó ambas evaluaciones, no fue necesario aplicar técnicas de reemplazo o imputación de datos. Todos los análisis se realizaron con un nivel de significación de $p < .05$.

Resultados

En la Tabla 2 se presentan las características generales de ambos grupos (intervención y control) en relación con la edad, el cociente intelectual y la presencia de síntomas de inatención, hiperactividad/impulsividad o combinados de acuerdo con Escala SNAP IV. No encontramos diferencias a nivel basal entre los grupos en edad, cociente intelectual, y variables de déficit de atención e hiperactividad/impulsividad (evaluadas a través del SNAP IV). Tampoco observamos diferencias significativas entre los grupos durante la condición pretratamiento en las restantes variables de resultado sociocognitivas. Los análisis basados en pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) indicaron que no existían diferencias a nivel basal estadísticamente significativas entre los grupos para ninguna de las variables, lo que sugiere que los

grupos eran equivalentes inicialmente en términos de las habilidades consideradas. Esta equivalencia inicial apoya la conclusión de que los cambios observados pueden atribuirse a la intervención.

Tabla 2. Características generales de la muestra

	Grupo control		Grupo intervención		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	
Edad	9.35	1.26	9.65	1.30	.43
CI	87.75	6.13	91.66	7.40	.58
SNAP I	2.16	.52	2.19	.60	.73
SNAP HI	1.95	.50	2.17	.54	.20
SNAP C	2.04	.44	2.18	.50	.33

Nota. CI = cociente intelectual; SNAP I (síntomas de inatención); SNAP HI (síntomas de hiperactividad/impulsividad); SNAP C (síntomas combinados).

La implementación del programa de intervención ESCePI, mostró diferencias estadísticamente significativas en el grupo de intervención respecto al grupo control. Los resultados se presentan a continuación según las variables dependientes (que se midieron con los instrumentos de medida): las habilidades cognitivas de solución de problemas interpersonales (Test EVHACOSPI), la conducta asertiva/pasiva/agresiva (Escala CABS), las habilidades sociales y dificultades en la interacción (Cuestionario MESSY, administrada tanto a los niños como a sus padres), y las habilidades de interacción social percibidas por los padres (Cuestionario CHIS).

Los resultados del test EVHACOSPI (mide las habilidades cognitivas en la solución de problemas interpersonales) mostraron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las habilidades evaluadas comparando pretest y el postest en el grupo de intervención (Tabla 3).

En relación con la Identificación de situaciones-problema (A), los niños del grupo de intervención mejoraron significativamente obteniendo mayores puntajes en el reconocimiento de situaciones de interacción social problemáticas. Además, presentaron un incremento en la puntuación de Descripción de situaciones-problema (B). En la misma línea, los resultados reflejan una mejora en el reconocimiento del problema en una situación de interacción social, con la identificación del estado emocional negativo del protagonista de la historia (Tabla 2).

En la variable Soluciones, se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas con un aumento de la puntuación en Categorías, Enumeraciones, cantidad total de Soluciones y Respuestas asertivas, lo que implica

Tabla 3. Estadísticos descriptivos y prueba de rangos de Wilcoxon (W), para habilidades cognitivas de solución de problemas interpersonales (EVHACOSPI) en condición pre y postest para el grupo intervención y el grupo control

EVHACOSPI		Grupo control			Grupo intervención		
		Pre	Post	W	Pre	Post	W
		<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>p</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>p</i>
Identificación	A	1.95 (.82)	2.55 (.51)	.01*	1.50 (.94)	3.00 (.00)	.00**
	B	.90 (.85)	1.85 (.67)	.00**	.35 (.57)	2.85 (.36)	.00**
	C	.95 (.99)	.80 (.76)	.46	.55 (.88)	2.65 (.81)	.00**
Soluciones	Categorías	4.50 (1.05)	4.95 (1.43)	.36	5.45 (1.60)	7.25 (2.14)	.00**
	Enumeraciones	4.50 (1.05)	4.95 (1.43)	.36	5.55 (1.63)	7.40 (2.16)	.00**
	Irrelevantes	.25 (.55)	.00 (.00)	.05	.35 (.67)	.05 (.22)	.08
	Total	9.10 (2.12)	9.90 (2.86)	.52	11.15 (3.10)	14.70 (4.30)	.00**
	Asertivas	2.60 (1.31)	2.95 (1.31)	.25	2.80 (1.60)	4.50 (1.76)	.00**
	Pasivas	1.80 (1.10)	1.35 (1.13)	.25	2.25 (1.20)	2.30 (1.52)	.71
	Agresivas	.10 (.30)	.65 (.81)	.01*	.50 (.68)	.70 (1.03)	.27
	Consecuencias	4.25 (1.65)	4.60 (1.78)	.56	5.10 (1.91)	7.05 (2.60)	.00**
Consecuencias	Enumeraciones	4.25 (1.65)	4.60 (1.78)	.56	5.35 (2.08)	7.50 (2.80)	.00**
	Irrelevantes	.30 (.65)	.00 (.00)	.06	.40 (.82)	.05 (.22)	.08
	Total	8.80 (3.47)	9.20 (3.57)	.89	10.85 (3.49)	14.60 (5.32)	.00**
	Positivas	2.15 (1.30)	2.70 (1.17)	.10	2.50 (1.50)	4.90 (2.17)	.00**
	Negativas	2.20 (1.36)	1.25 (1.07)	.01	2.95 (1.60)	1.95 (1.70)	.04*
TD	F	1.55 (.75)	1.95 (1.05)	.09	1.55 (1.05)	2.95 (.22)	.00**

Nota. EVHACOSPI = Evaluación de Habilidades Cognitivas en la Solución de Problemas Interpersonales. * $p < .05$, ** $p < .01$.

una mejora en su desempeño. De manera similar, en la variable Consecuencias, se observó un incremento en las puntuaciones de Categorías, Enumeraciones, cantidad total de anticipación de consecuencias y respuestas positivas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la cantidad de respuestas Irrelevantes, siendo sustancialmente baja la cantidad de estas en la muestra. En la habilidad Toma de Decisión (D), también se registró un mayor puntaje para el grupo de intervención luego de la fase de entrenamiento.

Por su parte, el grupo control no presentó diferencias significativas entre el pre y el postest, a excepción de Identificación de situaciones-problema (A) y Descripción de situaciones-problema (B), donde se observó un aumento en las puntuaciones. Finalmente, el grupo control presentó un aumento significativo en la cantidad de conductas agresivas.

En relación con las Habilidades sociales evaluadas mediante la escala de comportamiento asertivo (CABS), la Tabla 4, muestra que el grupo intervención presentó

un incremento en el número de respuestas asertivas con diferencias estadísticamente significativas. Asimismo, se observó una reducción significativa en la cantidad de respuestas pasivas, lo que implica una mejora en la percepción de su propio comportamiento social. Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de respuestas agresivas. Con respecto al grupo control, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ningún estilo de interacción.

En la Escala MESSY, los datos muestran en el grupo de intervención una disminución significativa en las dimensiones de Soledad y Agresividad, así como en la dimensión Total Negativas, lo que indica una menor percepción de aislamiento social y una reducción en las conductas agresivas (Tabla 5). Por el contrario, el grupo control no evidenció diferencias significativas en ninguna de las dimensiones de la escala.

Los resultados obtenidos mediante el Cuestionario CHIS (Tabla 6), administrado a los padres, muestran que

Tabla 4. Estadísticos descriptivos y la prueba de rangos de Wilcoxon, para conducta asertiva/pasiva/agresiva (CABS) condición pre y post test para el grupo intervención y el grupo control

CABS		Pre	Post	Wilcoxon
		<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>p</i>
Asertivas	Control	15.30 (5.09)	15.00 (5.22)	.62
	Intervención	14.50 (4.18)	15.70 (4.42)	.04*
Pasivas	Control	4.80 (2.04)	4.90 (2.44)	.86
	Intervención	4.95 (2.23)	3.70 (2.08)	.00**
Agresivas	Control	3.90 (3.85)	4.10 (4.25)	.95
	Intervención	4.55 (4.29)	4.60 (4.16)	.86

Nota. CABS = Escala de Comportamiento Asertivo. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos y la prueba de rangos de Wilcoxon, para habilidades sociales y dificultades en la interacción la (MESSY, versión autoinforme) en las condiciones pre- y postratamiento para ambos grupos

MESSY		Pre	Post	Wilcoxon
		<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>p</i>
Agresividad	Control	17.30 (14.16)	17.25 (14.67)	.90
	Intervención	19.60 (14.87)	14.10 (8.11)	.04*
Habilidades sociales apropiadas	Control	32.45 (15.79)	33.50 (13.20)	.93
	Intervención	31.90 (11.68)	31.15 (11.42)	.62
Amistad	Control	16.35 (4.53)	16.10 (4.80)	.39
	Intervención	16.60 (4.96)	15.70 (4.39)	.59
Sobreconfianza	Control	4.95 (5.51)	4.45 (5.53)	.23
	Intervención	5.55 (5.03)	5.05 (4.59)	.42
Soledad	Control	3.50 (2.91)	3.40 (2.74)	.94
	Intervención	4.25 (2.71)	2.85 (1.89)	.03*
Total positivas	Control	48.80 (19.22)	49.60 (16.40)	.94
	Intervención	48.50 (15.38)	46.85 (14.73)	.60
Total negativas	Control	25.75 (20.96)	25.10 (21.67)	.52
	Intervención	29.40 (20.24)	22.00 (12.26)	.02*

Nota. Messy = Matson Evaluation of Social Skills in Youngsters. * $p < .05$.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos y la prueba de rangos de Wilcoxon, para habilidades de interacción social percibidas por los padres (CHIS) en condición pre y post test para el grupo intervención y el grupo control

CHIS		Pre	Post	Wilcoxon
		<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>p</i>
Habilidades sociales básicas	Control	22.80 (7.12)	22.90 (5.65)	.79
	Intervención	23.70 (5.49)	28.00 (6.84)	.01*
Habilidades para hacer amigos	Control	24.25 (5.85)	24.80 (5.64)	.54
	Intervención	25.45 (6.67)	26.40 (6.91)	.56
Habilidades conversacionales	Control	22.30 (5.33)	22.45 (5.11)	.76
	Intervención	22.65 (5.79)	23.55 (6.58)	.53
Emociones	Control	22.25 (5.30)	21.15 (4.78)	.19
	Intervención	22.20 (6.45)	22.35 (6.74)	.96
HSPI	Control	12.25 (4.12)	12.45 (4.09)	.67
	Intervención	11.40 (6.83)	16.40 (6.54)	.02*
Habilidades de adultos	Control	22.75 (4.19)	22.60 (5.05)	.66
	Intervención	22.60 (5.06)	23.90 (6.56)	.22

Nota. CHIS = Cuestionario de Habilidades de Interacción Social; HSPI = Habilidades de solución de problemas interpersonales.
* $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos y la prueba de rangos de Wilcoxon, para habilidades sociales y dificultades en la interacción la (Cuestionario MESSY versión padres) en condición pre y post test para el grupo intervención y el grupo control

MESSY		Pre	Post	Wilcoxon
		<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>p</i>
Habilidades sociales apropiadas	Control	41.20 (7.99)	41.90 (8.65)	.45
	Intervención	42.40 (8.72)	44.80 (10.16)	.37
Agresividad	Control	50.25 (14.04)	46.65 (13.53)	.02*
	Intervención	51.10 (16.72)	40.10 (14.28)	.00**
Soledad/Ansiedad	Control	13.85 (8.04)	12.90 (7.60)	.36
	Intervención	13.65 (7.52)	13.59 (7.64)	.92

Nota. CHIS: Cuestionario de Habilidades de Interacción Social; HSPI: Habilidades de solución de problemas interpersonales. * *p* < .05, ** *p* < .01.

el grupo de intervención registró diferencias significativas en las dimensiones: HHSS básicas y Habilidades de SPI, con puntuaciones más altas en la fase postest. Aunque no se encontraron diferencias significativas en otras dimensiones, se observó una tendencia a la mejora en la percepción de los padres. En contraste, el grupo control no mostró cambios significativos entre el pre y el postest.

Con respecto a las HHSS evaluadas a partir del Cuestionario Messy administrado a padres, puede observarse que el grupo intervención presentó una reducción significativa en la dimensión Agresividad, lo que sugiere una disminución de las conductas agresivas observadas por los padres. No se encontraron diferencias significativas en las dimensiones Habilidades Sociales Apropiadas y Soledad/Ansiedad. Por su parte, en el grupo control no se registraron diferencias significativas, salvo en la dimensión Agresividad, donde también se observó una reducción de la puntuación en la fase postest.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo intervenir en el desarrollo de habilidades sociocognitivas que faciliten la solución de problemas interpersonales en población infantil con diagnóstico de TDAH. Además de las dificultades cognitivas inherentes a esta condición, estos niños enfrentan desafíos en su desempeño social, presentando más conductas disruptivas e impulsivas y estrategias ineficaces para resolver problemas, lo que dificulta sus relaciones interpersonales (Aberson, 2007; Kathju, 2021; Morris et al., 2021; Powell et al., 2022).

La implementación del programa de intervención evidenció un aumento significativo en las habilidades sociocognitivas y percepción del desempeño social. Asimismo, se observó una mejora en la percepción de los

padres sobre las habilidades sociales de sus hijos, lo que confirma los beneficios del programa en diferentes ámbitos. En cuanto a las habilidades sociocognitivas, los participantes del grupo de intervención mostraron mejoras en la identificación y descripción de situaciones problemáticas, la generación de soluciones, la anticipación de consecuencias y la toma de decisiones en escenarios sociales. Estos hallazgos refuerzan la eficacia del programa en estrategias de interacción social y coinciden con estudios previos (Aberson, 2007; Ison et al., 2009; Ozcan et al., 2013). Otro hallazgo relevante fue el incremento en respuestas asertivas y una reducción en respuestas pasivas tras la intervención, destacando la importancia de la asertividad para la comunicación efectiva (Valdivia et al., 2020). Este resultado sugiere que, a pesar de los desafíos característicos del TDAH, el desarrollo de habilidades asertivas puede ser un factor protector en su perfil socioemocional.

Un aspecto destacable, en contraste con lo esperado, fue que los niños con TDAH no incrementaron la cantidad de respuestas irrelevantes en la resolución de problemas interpersonales. Según Greco e Ison (2011), la emisión de respuestas irrelevantes podría asociarse con alteraciones en funciones ejecutivas, ya que solucionar un conflicto requiere seleccionar los estímulos pertinentes e inhibir los irrelevantes. Esto sugiere que la intervención pudo haber mejorado estos procesos cognitivos.

El grupo control no mostró mejoras significativas en la mayoría de las habilidades evaluadas, a excepción de la identificación de situaciones problemáticas, posiblemente por un efecto de aprendizaje derivado de la repetición de la prueba. Además, se observó un incremento en respuestas agresivas tras la evaluación, lo que podría estar relacionado con patrones conductuales propios del TDAH y su comorbilidad con otras alteraciones (Rohde et al., 2019).

En relación con la percepción del desempeño social, los cuestionarios evidenciaron un aumento en respuestas asertivas y una reducción en respuestas pasivas, reforzando el impacto positivo de la intervención sobre la asertividad. También se registró una disminución en sentimientos de soledad, sugiriendo que los participantes adoptaron nuevas estrategias para afrontar situaciones interpersonales. Rojo Amato et al. (2016) identificaron que los programas de entrenamiento en habilidades sociales para esta población clínica tienen un impacto positivo en la percepción de su competencia social y reducen síntomas como la timidez y la ansiedad.

Los informes parentales reflejaron una percepción más positiva sobre las habilidades sociales de los niños tras la intervención, especialmente en habilidades básicas y solución de problemas interpersonales. La disminución en la agresividad reportada por los padres también se observó en el grupo control, sugiriendo que este cambio podría no estar vinculado exclusivamente a la intervención, por lo que podría ser independiente del entrenamiento y relacionarse a alteraciones conductuales inherentes a las características del diagnóstico o presencia de comorbilidad mencionado anteriormente.

Como conclusión, los hallazgos obtenidos evidencian que la implementación del programa ESCEPI en niños con TDAH generó mejoras significativas en la capacidad de solución de problemas interpersonales y en la percepción de su desempeño social, destacando la importancia del programa en la promoción de la asertividad, el autocontrol y la aplicación de estrategias cognitivas eficaces en la resolución de conflictos. Sus efectos tienen implicaciones en el bienestar emocional y social de esta población clínica, así como en su entorno familiar, escolar y comunitario, favoreciendo interacciones más saludables y funcionales.

Estos cambios positivos resaltan la necesidad de intervenciones tempranas y focalizadas, con el fin de fortalecer las habilidades socioemocionales de estos niños y facilitar su adaptación a diferentes contextos de interacción social.

Entre las limitaciones del estudio, se reconoce que el tamaño muestral fue relativamente reducido, lo cual podría limitar la generalización de los resultados. Futuras investigaciones podrían ampliar la muestra e incorporar intervenciones en el contexto escolar. Asimismo, el entrenamiento parental podría fortalecer las habilidades sociocognitivas adquiridas, dado que ha mostrado alta eficacia en el abordaje del TDAH. Además, sería interesante incluir una fase de seguimiento que permita evaluar la sostenibilidad en el tiempo de los efectos del programa. A pesar de las limitaciones señaladas, los resultados obtenidos son alentadores y refuerzan la rele-

vancia de las intervenciones dirigidas a promover el desarrollo de habilidades sociocognitivas en población infantil con TDAH.

Conflictos de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Aberson, B., Shure, M. B., & Goldstein, S. (2007). Social problem-solving intervention can help children with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 11*(1), 4-7. <https://doi.org/10.1177/1087054707299409>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association.
- Barrientos Balcona, L. Y., y Cornejo Arispe, K. (2022). *Maltrato infantil y habilidades sociales en niños residentes en la casa hogar “Ana Almendro Rodríguez”* [Tesis de grado, Universidad Cesar Vallejo].
- Bedoya-Tuberquia, D., y Osorio-Arenas, A. M. (2019). *Resolución de conflictos interpersonales en niños con Síndrome de Down* [Tesis de grado, Universidad de Antioquia].
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Génova-Maleras, R., & Catalá, M. A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry, 12*(1), 1-13. <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-244X-12-168>
- Curiel-García, L., Mateos-Gordo, P., Carballo-Márquez, A., y Vergara-Moragues, E. (2024). Entrenamiento ejecutivo en población infantil con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 29*(2), 159-173. <https://doi.org/10.5944/rppc.37475>
- De la Peña, V., Hernández, E., y Rodríguez, F. (2003). Comportamiento asertivo y adaptación social: Adaptación de una escala de comportamiento asertivo (CABS) para escolares de enseñanza primaria (6-12 años). *Revista Electrónica de Metodología Aplicada, 8*(2), 11-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=795203>
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*(1), 107-126. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0031360>
- Espejel, L. G., Andrade, N. A. O., Cortes, J. A. G., Ortiz, A. I. V., y Cruz, R. G. (2023). Intervenciones cognitivo-conductuales en adolescentes con TDAH: Revisión sistemática. *Revista Conrado, 19*(90), 25-31. <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v19n90/1990-8644-rc-19-90-25.pdf>
- Gaitán-Chipatecua, A., y Rey-Anaconda, C. (2013). Diferencias en funciones ejecutivas en escolares normales, con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno del cálculo y condición comórbida. *Avances en Psicología Latinoamericana, 31*(1), 71-85. <https://www.redalyc.org/pdf/799/79928610006.pdf>

- Garaigordobil, M., y Pérez, J. I. (1997). Evaluación de la creatividad en sus correlatos con conducta asertiva, conducta de ayuda, status grupal y autoconcepto. *Revista de Psicología. Universitas Tarragonensis*, 19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2982310>
- García-Pérez, E. M. (2009). *Déficit de atención sostenida*. Grupo Albor-Cohs.
- García-Pérez, E. M., y Magaz-Lago, A. (1997). *Enseñanza de soluciones cognitivas para evitar problemas interpersonales (ESCEPI)*. Grupo Albor-Cohs.
- García-Pérez, E. M., y Magaz-Lago, A. (1998). *Test de evaluación de habilidades cognitivas para la solución de problemas interpersonales (EVHACOSPI). Manual de referencia*. Grupo Albor-Cohs.
- Grañana, N. (2017). Clínica de trastornos de atención y memoria. En N. Fejerman y N. Grañana (Eds.), *Neuropsicología infantil* (pp. 441-470). Paidós Argentina.
- Grañana, N., Richaudeau, A., Gorriti, C. R., O'Flaherty, M., Scotti, M. E., Sixto, L., ... & Fejerman, N. (2011). Evaluación de déficit de atención con hiperactividad: La escala SNAP IV adaptada a la Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29, 344-349.
- Greco, C., y Ison, M. S. (2009). Solución de problemas interpersonales en la infancia: Modificación del test EVHACOSPI. *Revista Colombiana de Psicología*, 18(2), 121-134. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80412409002.pdf>
- Greco, C., y Ison, M. S. (2011). Emociones positivas y solución de problemas interpersonales: Su importancia en el desarrollo de competencias sociales en la mediana infancia. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 8(2), 20-29. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/92502>
- Henríquez-Henríquez, M., Zamorano-Mendieta, F., Rothhammer-Engel, F., y Aboitiz, F. (2010). Modelos neurocognitivos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y sus implicaciones en el reconocimiento de endofenotipos. *Revista de Neurología*, 50(2), 109-116. <https://doi.org/10.33588/rn.5002.2009082>
- Hopewell, S., Chan, A. W., Collins, G. S., Hróbjartsson, A., Moher, D., Schulz, K. F., ... & Boutron, I. (2025). CONSORT 2025 statement: Updated guideline for reporting randomised trials. *The Lancet*, 405(10489), 1633-1640. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00672-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00672-5)
- Ipiña, M. J., Molina, L., y Reyna, C. (2011). Propiedades psicométricas de la Escala MESSY (versión autoinforme) en niños argentinos. *Psicología*, 29(2), 245-264. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/2468>
- Ison, M. S. (2004). Características familiares y habilidades sociocognitivas en niños con conductas disruptivas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 257-268. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/95860>
- Ison, M., Morelato, G., Carrada, M., Espósito, A., Greco, C., Maddio, S., y Richaud, C. (2007). Programa de intervención para estimular atención sostenida y habilidades cognitivas en niños con disfunción atencional. En C. Richaud y M. Ison (Comps.), *Avances en investigación en Ciencias del Comportamiento en Argentina*. Universidad del Aconcagua.
- Kathju, A. (2021). ADHD and its impact on interpersonal relationships. In R. T. Gopalan (Ed.), *New Developments in Diagnosing, Assessing, and Treating ADHD* (pp. 179-195).
- Medical Information Science Reference/IGI Global <https://psycnet.apa.org/doi/10.4018/978-1-7998-5495-1.ch011>
- Lacunza, A. B., Albaracín, S., y Russo, D. P. (2022). Habilidades sociales en adolescentes tempranos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 68(1). <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/187920>
- Matson, J. L., Rotatori, A. F., & Helsel, W. J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behaviour Research and Therapy*, 21(4), 335-340. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90001-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90001-3)
- Miranda Casas, A., y Soriano Ferrer, M. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Información Psicológica*, 100, 100-114. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3642841>
- Molina-Torres, J., Orgilés, M., y Servera, M. (2022). El TDAH en la etapa preescolar: Una revisión narrativa. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(3), 1-9. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2022.09.3.5>
- Monjas, I. (1993). *Cuestionario de habilidades de interacción social (CHIS)*. CEPE.
- Morelato, G., Korzeniowski, C., Greco, C., y Ison, M. (2019). Resiliencia infantil: Intervención para promover recursos en contextos vulnerables. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(2), 205-223. DOI: <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v38i02.05>
- Morelato, G., Maddio, S., y Ison, M. S. (2005). Aportes a los criterios de evaluación de las habilidades cognitivas para la solución de problemas interpersonales en niños argentinos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(20), 149-164. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645451008.pdf>
- Moreno, C. B., e Ison, M. S. (2013). Habilidades socio-cognitivas infantiles para resolver problemas junto a sus pares. *CES Psicología*, 6(2), 66-81. <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2575>
- Morris, S., Sheen, J., Ling, M., Foley, D., & Sciberras, E. (2021). Interventions for adolescents with ADHD to improve peer social functioning: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 25(10), 1479-1496. <https://doi.org/10.1177/1087054720906514>
- Özcan, C. T., Oflaz, F., Türkbay, T., & Clevenger, S. M. F. (2013). The effectiveness of an interpersonal cognitive problem-solving strategy on behavior and emotional problems in children with attention deficit hyperactivity. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 50(3), 244. <https://doi.org/10.4274/npa.y6455>
- Pardos, A., Fernández-Jaén, A., y Fernández-Mayoralas, D. M. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48(2), 107-111. <https://doi.org/10.33588/rn.48S02.2008725>
- Powell, L. A., Parker, J., Weighall, A., & Harpin, V. (2022). Psychoeducation intervention effectiveness to improve social skills in young people with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 26(3), 340-357. <https://doi.org/10.1177/1087054721997553>
- Reynolds, C. R., y Kamphaus, R. W. (2009). *RIAS Escalas de Inteligencia de Reynolds y RIST Test de Inteligencia Breve de Reynolds*. TEA.

- Rohde, L., Coghill, D., Asherson, P., y Banaschewski, T. (2019). Evaluación del TDAH a lo largo de la vida [Recurso electrónico]. En L. Rohde, J. Buitelaar, M. Gerlach, y S. Faraone (Eds.). *La Federación Mundial del TDAH, guía* (pp. 47-70) www.adhd-federation.org
- Rubiales, J., Urquijo, A. S., y Macbeth, G. (2017). Proceso de toma de decisiones en niños y adolescentes con TDAH: Revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 139-155. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.17688>
- Russo, D., Bakker, L., Rubiales, J., y Lacunza, B. (2017). Adecuaciones al programa de enseñanza de habilidades cognitivas para la solución de problemas interpersonales para su implementación en niños con diagnóstico de TDAH. *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*, 14(1603-1610). http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/investigacion/filesinves/anuario2017_1.pdf
- Sánchez, A., Rivas, M., y Trianes, M. V. (2006). Eficacia de un programa de intervención para la mejora del clima escolar: Algunos resultados. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 4(9), 353-370. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v4i9.1197>
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: Prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., Muñoz, A., García, B., Cardelle-Elawar, M., y Infante, L. (2002). Relaciones entre evaluadores de la competencia social en preadolescentes: Profesores, iguales y autoinformes. *Anales de Psicología*, 18(2), 197-214. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/28391>
- Valdivia, J. B., Zúñiga, B. R., Orta, M. A. P., y González, S. F. (2020). Relación entre autoestima y asertividad en estudiantes universitarios. *Tlatemoani: Revista Académica de Investigación*, 11(34), 1-26. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7597012>