

**EVIDENCIA DE SESGO ILUSORIO POSITIVO SOCIAL EN  
POBLACIÓN JOVEN CON TDAH: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**Trabajo de Fin de Grado de Psicología**

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna.

Curso académico 2020-21

Alumna: Ainoa De Palacios Salazar

Tutora: Cristina Rodríguez Rodríguez

## ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO .....	5
1.1. Introducción.....	5
1.2. SIP en población con TDAH: Hallazgos, discrepancias y teorías explicativas .....	6
2. MÉTODO.....	10
2.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda.....	10
2.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	10
2.3. Acuerdo entre evaluadores.....	11
2.4. Codificación de estudios .....	11
3. RESULTADOS .....	11
3.1. Resultados de la búsqueda .....	11
3.2. Características y participantes de los estudios .....	12
3.3. instrumentos de medición .....	13
3.4. Principales resultados .....	13
3.4.1. Evidencia de SIP social en población infanto-juvenil con TDAH.....	14
3.4.2. Evidencias de SIP social en muestras femeninas .....	16
3.4.3. Hallazgos sobre la modificabilidad del SIP social y su influencia en las relaciones. ....	17
4. DISCUSIÓN .....	18
5. CONCLUSIÓN.....	21
6. BIBLIOGRAFÍA.....	22
7. ANEXOS.....	26

## Resumen

**Antecedentes:** La evidencia del fenómeno del Sesgo Ilusorio Positivo en el dominio social en población infanto-juvenil con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) no ha sido abordado sistemáticamente antes. Es por ello que la presente revisión examinará los hallazgos de los estudios para comprender las divergencias encontradas hasta el momento. **Método:** Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática de 4 bases de datos de los artículos publicados entre 2011 y 2020 que cumplieron con los criterios de revisión. **Resultados:** La magnitud y la tendencia del sesgo en la muestra TDAH es heterogénea y depende de los subtipos, el género, el nivel de competencias y la comorbilidad con otro trastorno. También se halló que el recibir instrucciones precisas y retroalimentaciones positivas por parte de sus progenitores, puede reducir el SIP de estos niños. **Conclusiones:** No hay evidencia suficiente para apoyar ninguna de las cuatro hipótesis explicativas del SIP, aunque los resultados parecen respaldar en mayor medida la hipótesis de autoprotección. Faltan estudios de investigación para este constructo que parece tener influencia en el bienestar psicológico y en la interacción social de los niños con TDAH, además de ser importante para el tratamiento de esta población.

**Palabras clave:** Sesgo Ilusorio Positivo, TDAH, habilidades sociales.

## **Abstract**

**Background:** The evidence of Positive Illusory Bias (PIB) in the social domain in children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has not been systematically revised before. So, the present review examined 17 studies to understand the heterogeneous findings so far. **Method:** A systematic review of 4 databases of articles published between 2011 and 2020 that met the review criteria was carried out. **Results:** The magnitude and trend of PIB in the ADHD children and adolescents is heterogeneous and depends on the subtypes, gender, skill level, and comorbidity with another disorder. It was also found that receiving precise instructions and positive feedback from their parents can reduce the PIB of these children. **Conclusions:** There is not enough evidence to support any of the four explanatory hypotheses of the PIB, although the results seem support the self-protection hypothesis to a greater extent. There is a lack of research studies for this construct, which seems to influence the psychological well-being and social interaction of children. children with ADHD, in addition to being important for the treatment of this population.

**Keywords:** Positive Illusory Bias, social skills, ADHD.

# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1. Introducción

El Sesgo Ilusorio Positivo (SIP) es definido como la discrepancia entre las puntuaciones de las autopercepciones de las propias competencias, frente a la competencia real (Hoza et al., 1993) medida ésta última a través de informes cumplimentados por una fuente externa (normalmente padres y maestros) o mediante pruebas estandarizadas (Colomer et al.,2020). Aunque este constructo tiene otras acepciones como sesgo de autopercepción, ilustración positiva, sesgo teórico o sesgo de mejora personal (Colomer et al.,2016), en esta revisión vamos a referirnos a él como SIP. Se trata de un fenómeno común a todas las personas sin sintomatología depresiva, sin embargo, gran parte de la investigación de este tópico se ha centrado en estudiar este sesgo en los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) ya que, a pesar de tener un historial de experiencias de fracaso más alto, parecen tender a sobreestimar sus habilidades significativamente más que los niños sin este trastorno (Evangelista et al., 2008).

El TDAH es un trastorno neuroconductual que se caracteriza por niveles clínicamente significativos de falta de atención, hiperactividad y/o impulsividad (APA., 2013). Se trata además de un trastorno heterogéneo en el que se pueden distinguir diferentes subtipos de acuerdo con la predominancia de la sintomatología inatenta o hiperactiva: subtipo inatento, subtipo hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado. Su prevalencia se estipula en un 5% de los niños en edad escolar y una proporción considerable cumplen con los criterios diagnósticos de un segundo trastorno (Efron, Bry-hijo, Licett y Sciberras,2016). Particularmente en la Comunidad Autónoma de Canarias se encontró una tasa de prevalencia global del 4,9%, siendo el 3,1% del subtipo inatento, el 1,1% hiperactivo y el 0,7% combinado, con una incidencia mayor en niños que en niñas (Jiménez et al., 2012). En referencia a la comorbilidad asociada, una revisión estimó que entre el 43% y el 93% de los niños con TDAH tienen trastornos de conducta disruptiva y entre el 13% y el 51%, diagnósticos de síntomas internalizantes (Jensen et al., 1997). De acuerdo con diferentes estudios, el SIP predice problemas de conducta y la reducción de síntomas depresivos en niños con TDAH (Mikami, 2010). Algunos hallazgos asocian un mayor SIP con efectos más bajos de síntomas

depresivos en niños con TDAH (McQuade et al., 2014). La evidencia también ha sugerido que el SIP pueden interferir en el diagnóstico de problemas comórbidos internalizantes en este grupo de niños (Martin et al., 2020). Por tanto, el estudio del SIP en niños con TDAH se convierte en un elemento crucial no sólo para su intervención sino también para su diagnóstico.

El TDAH conlleva un deterioro funcional en dominios como el académico y el conductual y socialmente los niños con TDAH tienden a tener menos amigos y peores habilidades sociales. Aunque la literatura existente ha evidenciado que, en promedio, los niños con TDAH sobreestiman su competencia en el dominio social en comparación con sus compañeros de desarrollo típico (e.g. Evangelista et al., 2008), la perspectiva de que el SIP es característico de esta población no es compartida por todos los investigadores del área (Martin et al., 2020). Es por ello que el presente trabajo tiene como finalidad revisar los resultados o hallazgos de diferentes investigaciones en relación a un sesgo mayor en el SIP social de los niños con TDAH en relación a sus pares con desarrollo típico.

## **1.2. SIP en población con TDAH: Hallazgos, discrepancias y teorías explicativas**

Se han propuesto varias hipótesis para tratar de explicar los mecanismos subyacentes del SIP, como la hipótesis del déficit cognitivo o inmadurez cognitiva (Milich., 1994), la hipótesis del déficit neuropsicológico (Owens y Hoza 2003), la hipótesis de la autoprotección (Ohan y Jhonson., 2002) y la hipótesis de ignorancia de la incompetencia (Hoza et al., 2002). Aunque no hay suficiente evidencia como para corroborar ninguna de ellas, estudios como el de Martin (2020) han arrojado resultados que señalan que estas hipótesis no son necesariamente excluyentes y que los factores que influyen en el SIP social pueden no ser los mismos para los niños con TDAH.

En la población general tener un SIP moderado se ha vinculado con un mejor ajuste psicológico, una mayor motivación y un mejor funcionamiento social, mientras que su ausencia se ha relacionado con problemas como niveles bajos de autoestima y síntomas depresivos (Hoza et al., 2014). Por el contrario, un SIP elevado parece tener

efectos negativos, como una peor respuesta a tratamientos, mayores tasas de agresión desde la adolescencia temprana y un comportamiento menos amistoso y/o/prosocial (Hoza et al., 2010; Mikami et al., 2010). Es decir, que mientras en niños con desarrollo típico un SIP moderado de autocompetencia es un mecanismo adaptativo que mejora la motivación, el rendimiento y la persistencia para completar una tarea; de constatarse que los sujetos con TDAH tienen un SIP elevado, el sesgo no tendría el mismo impacto adaptativo ya que estos individuos presentan una mayor tendencia a renunciar a las tareas y a desempeñarse peor que sus compañeros (Owens et al., 2007). Actualmente no hay consenso en cuanto a si las consecuencias del SIP son adaptativas o desadaptativas y poco se conoce la prevalencia de estos sesgos, su modificabilidad y los factores relacionados (Martin et al., 2020). En definitiva, un SIP alto en sujetos con TDAH podría hacerlos más susceptibles al fracaso y al mismo tiempo podría proteger su autoconfianza y autoconcepto debido a su falta de consciencia (Owens et al., 2007).

La divergencia en los hallazgos respecto a la presencia de un SIP elevado o no en individuos con TDAH pueden deberse a múltiples factores. Uno de estos factores son los cambios evolutivos que pueden producirse en el SIP y el hecho de que las investigaciones se hayan realizado en poblaciones muy diferentes en edad. Bourchein (2017) encontraron que sólo el 47% de los adolescentes con TDAH presentaban SIP en al menos uno de los dominios evaluados, pero en el resto, sus autocalificaciones eran precisas (Colomer et al., 2020). Los hallazgos de estudios longitudinales han sugerido que en la adolescencia el SIP disminuye en el dominio conductual y es más evidente en el dominio social, tendiendo a ser más precisos en los autoinformes que la población TDAH de menor edad (Colomer et al., 2020).

Por otro lado, algunos autores encuentran diferencias en función del género. Por ejemplo, Hoza (2004) demostró que los niños tendían a sobreestimar más la competencia conductual mientras que las niñas lo hacían con la apariencia física. En cuanto a la competencia escolar, Owens y Hoza (2003) hallaron resultados que apuntaban a que las niñas sobreestimaban su competencia específicamente en matemáticas. En otros estudios no han encontrado tales diferencias, y han argumentado que las muestras no estaban igualadas, pues había más niños que niñas (Evangelista et al., 2008).

Otro aspecto que podría haber generado heterogeneidad en los hallazgos es el dominio sobre el que se midió el SIP. En el estudio llevado a cabo por Volz-Sidiropoulou (2016) el sesgo de los sujetos con TDAH no fue prominente en los dominios que medían actividades más concretas y observables (e.g. autocuidado o movilidad), pero sí lo fue en dominios que medían aspectos más abstractos de las competencias en la vida diaria (e.g. cognición aplicada). De hecho, en un estudio se estimó que el 51% de los niños con TDAH no presentaban SIP social (Martin et al., 2019).

La heterogeneidad de la población TDAH puede ser otra fuente de variación. Existe evidencia que apunta a que las discrepancias en las autopercepciones dependen del subtipo. Mientras que el perfil hiperactivo/impulsivo (TDAH-HI) y el combinado (TDAH-C) tienden a mostrar una discrepancia mayor en el dominio escolar y sólo muestra un SIP menor en el dominio conductual, el subtipo inatento (TDAH-I), puntúa más bajo que los otros dos subtipos en múltiples dominios (Owens & Hoza, 2003). Además, existen otros factores clínicos, como otros trastornos asociados, que podrían también afectar el nivel de SIP medido. Se ha constatado que los niños con TDAH que a su vez muestran síntomas depresivos no difieren en las puntuaciones del SIP con respecto a su grupo control sin TDAH; a su vez, en el mismo estudio se demostró que los niños con TDAH sin síntomas depresivos mostraron un SIP más alto que sus pares con TDAH con síntomas depresivos (Owens et al., 2007).

Otros aspectos metodológicos, especialmente los instrumentos que se han utilizado para medir el SIP podrían generar diferencias entre los estudios. Es frecuente que el sesgo se mida calculando la discrepancia entre la competencia autoinformada de un dominio específico por los niños y el informe de la competencia completada por una medida externa (normalmente sus padres y/o profesores). El sistema de estandarización de estas puntuaciones de discrepancia se ha basado en los procedimientos de Hoza (2000), en las propuestas de Reyes y Kazdin (2004) y en la puntuación de discrepancia estandarizada de niños y adultos de la medida de aceptación de Owens (2007). El problema de utilizar las puntuaciones discrepantes de fuentes externas como único criterio, es que pueden reflejar una combinación de sobreestimación infantil y sesgos o diferencias de perspectiva de los adultos sobre el comportamiento de los niños en diferentes contextos (De Los Reyes y Kazdin., 2004).

También parece haber diferencias en los resultados cuando la muestra de TDAH es de alta o de baja competencia, ya que en las pruebas más utilizadas para medir el sesgo [Perfil de Autopercepción para Niños (*Self-Perception Profile for Children*, SPPC); Escala Pictórica de Competencia Percibida para Niños Pequeños (*Pictorial Scale of Perceived Competence for Young Children*, PCSA)], parecen presentar un efecto techo/suelo debido al limitado rango de éstas (Bourchtein et al., 2017).

Por otro lado, en la literatura los estudios se han dividido en dos tipos; los que comparan a niños diagnosticados con TDAH y niños control mediante autoinformes de autopercepciones de un dominio específico y/o autoestima global y los que comparan las autoevaluaciones de desempeño entre estos grupos inmediatamente después de participar en una tarea de laboratorio. En general estos últimos parecen apoyar en mayor medida la evidencia de la existencia del SIP que los primeros (Hoza et al., 2002). Actualmente sigue habiendo debate sobre la fiabilidad de estas puntuaciones y se ha cuestionado si son capaces de capturar con precisión este fenómeno, pero algunos autores han argumentado que las alternativas a esta metodología (como por ejemplo otras técnicas como la regresión polinomial o la puntuación residual estandarizada de discrepancia) tienen las mismas o más limitaciones estadísticas y de fiabilidad, además de considerarse más complicadas a la hora de interpretarlas, por lo que aún son poco prácticas para su uso en la práctica clínica (Martin et al., 2019).

En esta revisión vamos a centrar el foco en la investigación de este sesgo en el dominio social, es decir, en la sobreestimación de la autopercepción del ajuste social comparados con el criterio o las calificaciones de un informador externo (Owens et al., 2007). El objetivo es comparar los resultados de los estudios de los últimos diez años para examinar la evidencia a favor o en contra de la existencia de este fenómeno en la población infanto-juvenil con TDAH. El TDAH es uno de los trastornos más diagnosticados en la edad escolar, como ya se mencionó, en la Comunidad Autónoma de Canarias la prevalencia de este trastorno en las aulas es de casi un 5%, es por ello relevante conocer si este fenómeno es esperable en esta población. De hallarse evidencia a favor de la existencia del mismo sería crucial considerarlo a futuro como parte del diagnóstico e intervención de los mismos, ya que con gran probabilidad los niños con TDAH estarían sufriendo rechazo por parte de sus compañeros tal y como

describe la literatura, lo que les estaría dificultando la interacción exitosa con sus pares (Hoza et al., 2005). Asimismo, la presente revisión analizará las posibles brechas de conocimiento para futuras líneas de investigación.

## **2. MÉTODO**

### **2.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda**

Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo los pasos del método PRISMA o Preferred Reporting Item for Systematic Review and Meta-Analysis (PRISMA; Moher et al., 2009) de los estudios publicados desde marzo del año 2000 hasta febrero de 2021 centrado en el SIP en población con TDAH. El checklist utilizado para seguir los pasos del método PRISMA se disponen en los anexos para consulta (ver Anexo 1).

En primer lugar, se comprobó que no hubiera revisiones sistemáticas de la literatura recientes sobre este tópico y una vez descartada esta posibilidad, se comenzó la búsqueda por medio de cuatro bases de datos: Web of Science, Scopus, PsycInfo (EBSCO) y Pubmed utilizando la combinación de palabras clave y conectores: “Positive Illusory Bias” OR “Positive illusion\*” AND ADHD. La búsqueda fue refinada por año, idioma (inglés) y por el tipo de documento.

Esta primera exploración dio como resultado una muestra de 196 registros. A partir de ahí la estrategia para la selección de los trabajos se dividió en dos fases. En la primera fase, se realizó la selección a partir de la lectura de resúmenes y títulos por parte de dos revisores, la autora y un revisor externo. La segunda fase implicó la lectura de los textos completos, esta fase fue realizada únicamente por la autora.

### **2.2. Criterios de inclusión y exclusión**

La revisión incluía las investigaciones realizadas desde el año 2010 al 2020. Los trabajos a revisar debería ser artículos publicados en español o inglés. Estos estudios debían trabajar con participantes en edad escolar. Los trabajos debían comparar población infanto-juvenil con TDAH y a sus pares con desarrollo típico para medir SIP en el dominio social. Como criterios de exclusión, se descartaron los estudios cuyo

foco de investigación no fuera con población con TDAH. Se excluyeron aquellos con participantes adultos. Tampoco se recogieron aquellos estudios de caso único o con diseños cualitativos.

### **2.3. Acuerdo entre evaluadores**

Se llevó a cabo una revisión por pares a partir del resultado inicial de la búsqueda (N=196). Los revisores debían clasificar los estudios en: elegibles, no elegibles y en duda. Los registros en los que había coincidencia por parte de ambos revisores en determinar que eran “elegibles” o “no elegibles” quedaban clasificadas de esta manera. Cuando uno de los dos revisores indicaba “en duda” la autora, a partir de la revisión de texto completo decidía si incluirlo o no en la revisión.

### **2.4. Codificación de estudios**

Se codificaron los 16 estudios que cumplían los requisitos para la siguiente información: el año de publicación, el tamaño muestral y las características de los grupos experimental y control (como los subtipos y el género), la edad de los participantes, la metodología e instrumentos utilizados para medir el SIP en la competencia social, las variables moduladoras que se tuvieron en cuenta para realizar la investigación, los análisis de datos y los resultados obtenidos.

## **3. RESULTADOS**

### **3.1. Resultados de la búsqueda**

Como ya se ha mencionado, la búsqueda inicial en las bases de datos citadas arrojó 196 estudios, cuyo número se redujo a 96 cuando se eliminaron los duplicados. Tras una revisión de los títulos y los resúmenes se descartaron las investigaciones anteriores al año 2010, quedando 33 artículos de los que se hizo revisión completa. Finalmente, a través de los criterios de inclusión de la presente revisión, quedaron un total de 16 estudios (Véase Figura 1).

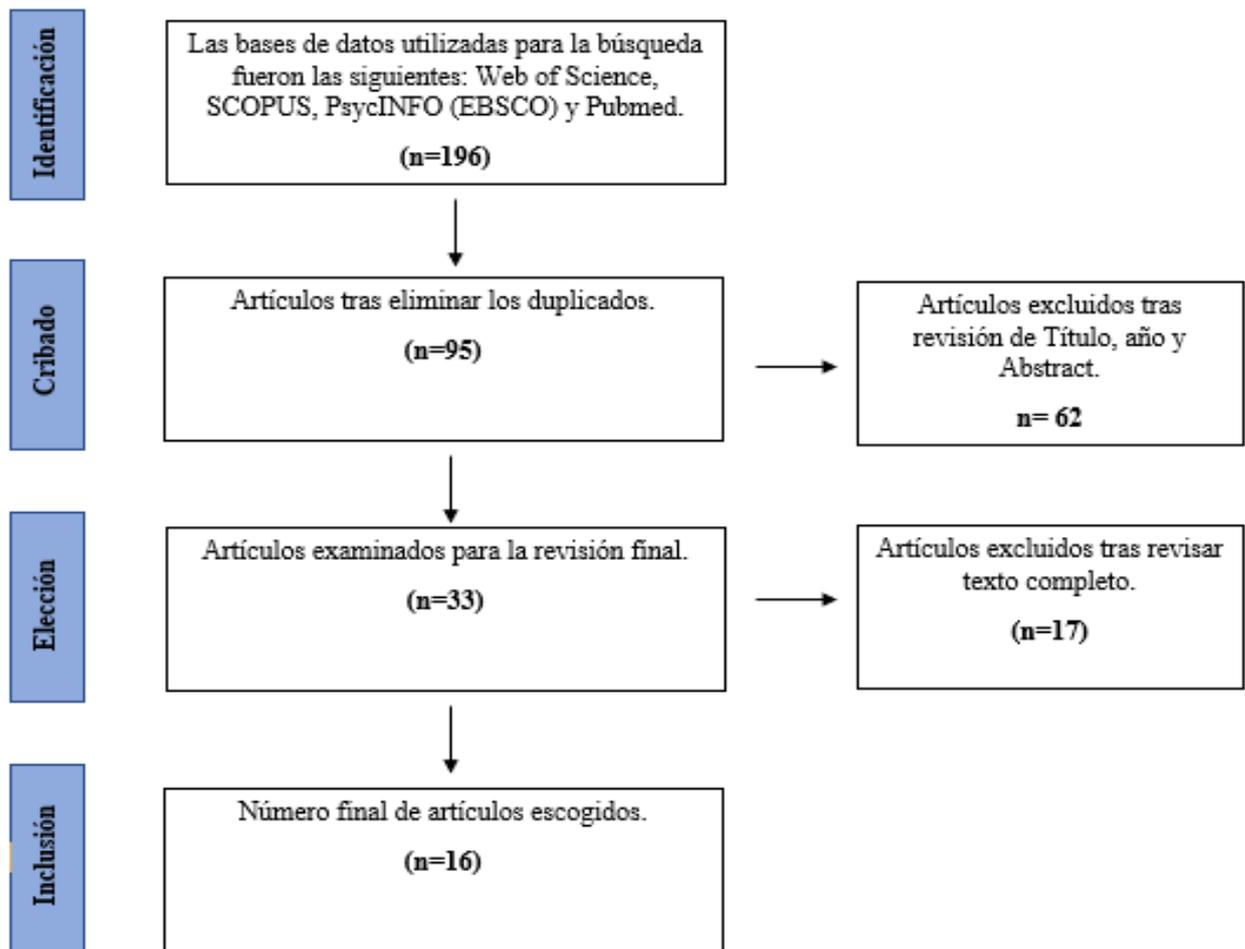


Figura 1. Diagrama de Flujo del proceso de búsqueda.

### 3.2. Características y participantes de los estudios

Considerando los 16 estudios que se incluyeron finalmente en la revisión, el número total de participantes fue de 2718, de los cuales 1076 eran niñas o mujeres adolescentes y 1642 niños y hombres adolescentes. De la muestra total, 1499 pertenecían al grupo diagnosticado con TDAH, añadiéndose un subgrupo denominado TDAH subumbral en el estudio de McQuade (2017), para aquellos que estaban cerca pero no llegaban a cumplir los criterios diagnósticos del trastorno. Tan sólo tres de los estudios decidieron incluir el subtipo TDAH-I en la muestra (Emeh & Mikami, 2014; Swanson et al., 2012; Tu et al., 2019), ya que como se mencionó anteriormente, no es tan común que presenten SIP como en los subtipos TDAH-C y TDAH-HI. Para el grupo de comparación (N=1178) se incluyó población infanto-juvenil

con desarrollo típico que no tuvieran antecedentes de diagnóstico de TDAH y en la mayoría de los estudios se excluyeron a aquellos que cumplieran los criterios de síntomas internalizantes o de conductas de oposición. Sin embargo, algunos decidieron incluirlos para tener una muestra más representativa en el grupo control (Martin et al., 2019, 2020; Swanson et al., 2012). Dentro de este último grupo, en el estudio de Capodieci (2019) se creó un subgrupo con habilidades sociales débiles (22 chicos).

Respecto al diseño, la mayoría de los estudios seleccionados (N=12) utilizaron un diseño experimental, dos un diseño longitudinal y dos un diseño transversal. Del total de estudios, 10 describen una muestra mixta, 3 únicamente muestra femenina y 2 muestra masculina de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años (exceptuando los diseños longitudinales que abarcaron edades entre los 6 y los 24 años).

### **3.3. instrumentos de medición**

Para la conformación del grupo con TDAH, todos los estudios escogieron participantes que ya tenían un diagnóstico profesional previo, exceptuando el realizado por Capodieci et al., (2019) en el que tuvieron que realizar el diagnóstico ya que en Italia no es frecuente que se diagnostique este trastorno. Durante la ejecución de los trabajos también se solicitaba, en términos generales, la suspensión de la toma la medicación al menos 24 horas antes de realizar la investigación.

En general, para comparar el SIP social entre los grupos TDAH y control, los investigadores hicieron uso de las puntuaciones de discrepancia (PD) entre los autoinformes (con las pruebas SPPC y PCSA) y los informes de las fuentes externas (progenitores y maestros). La excepción fueron los estudios de Colomer (2020), Capodieci (2019) y Ohan & Jhonston (2011) que utilizaron otras escalas para medir las discrepancias entre la percepción de la autocompetencia y la competencia real en el dominio social.

### **3.4. Principales resultados**

Los principales resultados se han organizado en apartados de acuerdo con las temáticas nucleares que se extrajeron de los estudios revisados.

#### **3.4.1. Evidencia de SIP social en población infanto-juvenil con TDAH**

Los resultados de los 16 estudios revisados han aportado evidencia de que existe un mayor SIP social en los niños con TDAH que en los del grupo control. Sin embargo, hubo una serie de discrepancias que comentamos a continuación. Así, por ejemplo, al comparar los autoinformes de la autopercepción de la competencia social de ambos grupos, no hubo diferencias significativas en la magnitud del sesgo. La existencia de un PIB elevado se hizo evidente al comparar estos puntajes con las calificaciones de las fuentes externas, que calificaron las competencias sociales de los niños con TDAH con una puntuación mucho más baja que cuando puntuaron a los niños con desarrollo típico (Emeh et al., 2018; Watabe et al., 2018; Jiang & Jhonston., 2017).

Esta tendencia por parte de los niños con TDAH a mostrar un SIP social elevado parece no ser específica de los niños diagnosticados formalmente con TDAH. En el estudio de McQuade (2017) se encontró que los grupos TDAH y TDAH subumbral tenían más probabilidades de mostrar SIP social que el grupo control, evidenciando que el sesgo no es exclusivo de este trastorno. Al reorganizar los grupos según el SIP que mostraban, los resultados apuntaron a que los niños con SIP social evidenciaban altas autopercepciones explícitas de aceptación social junto con bajas autopercepciones implícitas, por lo que el sesgo recogido en los autoinformes explícitos de aceptación social no fue consistente con sus autopercepciones implícitas en este dominio. A su vez encontraron evidencia de que el SIP social no es simplemente un reflejo de las bajas calificaciones de las fuentes externas.

Respecto al impacto de los síntomas depresivos en el SIP en niños con TDAH se constató en el estudio de Colomer et al., (2020) que los niños con este perfil puntuaban más bajo en SIP. La muestra con TDAH con síntomas depresivos de este trabajo informó de más problemas sociales que sus pares de comparación, a

excepción de aquellos con conducta opositora, que fueron los que menos reconocieron sus déficits en esta área (Colomer et al., 2020).

Estos resultados difieren de los hallados en los estudios de Swanson, 2012; Tu (2019) donde los síntomas depresivos no predijeron significativamente las puntuaciones de discrepancia en la adultez temprana y fue la competencia social informada por evaluadores externos la mejor predictora para predecir la discapacidad adolescente y el ajuste positivo en la adultez temprana (Tu et al., 2019).

En el estudio de Martin (2019) se compararon Modelos de Regresión para examinar si la presencia de este sesgo enmascaraba la gravedad de los síntomas internalizantes en los autoinformes. Cuando el SIP social no fue incluido, se encontró que el diagnóstico de TDAH era mejor predictor de soledad que para los controles, pero no para predecir síntomas depresivos o ansiosos (a pesar de que los primeros informaron de mayores niveles de soledad, ansiedad y depresión). Cuando éste fue añadido al modelo, se concluyó que fue mejor predictor de síntomas internalizantes y que el sesgo enmascara la gravedad de los síntomas de depresión y ansiedad en los autoinformes y enmascara la soledad. Y según los resultados del estudio de McQuade (2017) los grupos con TDAH con o sin sesgo, tienen más síntomas depresivos informados por las fuentes externas de las que estos grupos reflejan en los autoinformes. En relación con la aceptación social, Scholtens (2012) encontró que los informantes externos puntuaban más bajo la competencia social del grupo TDAH cuando manifestaban conductas disruptivas, mientras que los niños con TDAH con síntomas de falta de atención evidenciaron un PIB más pequeño que sin estos síntomas.

Bourchtein (2018) creó 4 perfiles según el SIP exhibido y el nivel de competencia. Los hallazgos apuntaron a que los participantes con baja competencia y SIP evidenciaron más sesgo al comparar el autoinforme con el informe de sus padres que aquellos con perfiles de baja competencia sin SIP y que los perfiles de media y alta competencia. A su vez, Watabe (2018) encontró que los niños con perfil de baja competencia evidenciaban menor PIB en los autoinformes al compararlo con los de media y alta competencia, pero cuando se incluían los informes externos, este resultado se invertía.

Finalmente respecto a las posibles diferencias del SIP en función de subtipos de TDAH que se presentan, Scholtens (2012) encontró que los informantes externos puntuaban más bajo la competencia social del grupo TDAH cuando manifestaban conductas disruptivas, mientras que los niños con TDAH con síntomas de falta de atención evidenciaron un PIB más pequeño que sin estos síntomas.

### **3.4.2. Evidencias de PIB social en muestras femeninas**

Tres estudios abordaron el efecto del género en el SIP. Dos de ellos comparten la misma muestra, pero seguida longitudinalmente. La muestra de estos dos estudios estaba conformada en su totalidad por niñas que fueron monitoreadas desde los 6 años hasta los 24 años de edad en los estudios de Swanson (2012) y Tu (2019). Los hallazgos apuntaron a una correlación positiva entre el SIP social y el sesgo de deseabilidad social para las niñas con TDAH, pero no para sus pares del grupo control. En relación con su posible influencia con el funcionamiento social, el sesgo para el grupo TDAH correlacionó positivamente con desajuste social, mientras que, para el grupo con desarrollo típico, el sesgo correlacionó positivamente con un mejor ajuste social. Los resultados de estos trabajos mostraron una tendencia en el grupo control a presentar un mayor NB que el grupo con TDAH (infraestimación de su competencia social). En el estudio de Tu (2019) no se evidenció un SIP significativo alto en la muestra de TDAH mientras que en el realizado por Swanson (2012) no fue evidente cuando se basaron en el sociograma, pero sí cuando se compararon los autoinformes con las calificaciones de los evaluadores externos. Finalmente, el tercer estudio que abordó el efecto del género en el SIP fue el llevado a cabo por Ohan y Jhonston (2011). En este trabajo se halló evidencia de un mayor SIP social en las chicas con TDAH, siendo mayor el sesgo cuando éstas tenían comorbilidad con el Trastorno Negativista Desafiante (TND) o cuando los síntomas depresivos informados eran bajos. En consonancia con lo encontrado en los dos estudios anteriores, la Deseabilidad Social correlacionó con un mayor PIB en este dominio para el grupo TDAH, pero no para el grupo con desarrollo típico. Y un mayor SIP social se relacionó con mayor desajuste en el grupo TDAH y fue a la inversa para el grupo control.

### **3.4.3. Hallazgos sobre la modificabilidad del SIP social y su influencia en las relaciones.**

Algunos autores de esta revisión estudiaron la posibilidad de reducir el SIP social en el grupo TDAH. Se examinaron los comportamientos de los padres durante interacciones de juego con ambos grupos y los resultados apuntaron a que una mayor calidez por parte de éstos redujo el SIP social en los niños con TDAH, pero la tendencia fue inversa para los niños control, que aumentaron el sesgo. Sin embargo, un mayor número de críticas (que fueron más frecuentes para el grupo TDAH) lo aumentó. Los elogios no influyeron en el SIP (Emeh & Mikami., 2014). En cuanto a las retroalimentaciones recibidas por parte de sus pares, cuando éstas fueron positivas fueron más eficaces para reducir el SIP social que cuando fueron ambiguas o negativas (Jiang & Jhonston., 2017). Aunque en estos dos estudios se redujera el sesgo social, no llegó a igualarse con el del grupo control al compararse con los informes de adultos. Martin (2020) y Hoza (2012) estudiaron si la motivación podía influir en el sesgo. Para ello utilizaron tres condiciones (denominados línea base, distracción y dinero, que fue utilizado como premio por ser preciso) en las que ambos grupos debían tratar de adivinar las puntuaciones que les habrían puesto sus profesores. En ambos hubo una reducción del SIP social, sin embargo, no llegó a normalizarse en comparación con el grupo control.

Así, en el estudio de Kaiser (2012), se compararon dos grupos TDAH en base a si evidenciaban o no SIP, además del grupo control en una tarea de interacción social. Las comparaciones dieron como resultado que ambos grupos TDAH tuvieron mayores conductas perturbadoras y menores emociones positivas que el grupo control, siendo calificados por sus compañeros como más inquietos. El grupo con TDAH y SIP alto fue calificado como con menos comportamientos prosociales y más comportamientos extraños. El control y el grupo TDAH con SIP bajo fueron calificados como más amigables, perceptivos y comprometidos, pero este último también fue calificado como niños más frustrados y con mayor emoción negativa, aunque con comportamientos más positivos en las interacciones sociales que el grupo TDAH con SIP. En cuanto a la relación con sus pares, el grupo TDAH fue más rechazado como compañeros de mesa, de juegos y de equipo y esta tendencia aumentó a medida que aumentaba el grado escolar (Capodiceci., 2019).

En definitiva, los hallazgos apuntan a que el SIP es modificable, no obstante, lo demostrado hasta el momento, es que esta reducción no es absoluta, puesto que no llega a equipararse con las puntuaciones de discrepancia de sus pares sin TDAH.

#### **4. DISCUSIÓN**

El objetivo de esta revisión fue examinar si los resultados de los estudios seleccionados respaldan la evidencia de un SIP social sobredimensionado en el grupo TDAH en comparación con sus compañeros con desarrollo típico y si este sesgo puede estar influyendo en las dificultades para relacionarse de manera exitosa con sus pares, o por el contrario son rechazados por ellos con más frecuencia. A su vez, se incidirá en los resultados divergentes para compararlos con los expuestos en la introducción.

En consonancia con lo expuesto en la introducción, la mayoría de los estudios reflejan que al comparar las puntuaciones de discrepancia entre los autoinformes y las calificaciones de las fuentes externas (progenitores y maestros), la evidencia apunta a un mayor sesgo en la población con TDAH. Aunque no hay evidencia que respalde que el SIP social sea únicamente un reflejo de los informes de los adultos (McQuade et al., 2017), cabe mencionar que cuando la evidencia de un SIP elevado emergía cuando se comparaba con estas calificaciones, y no cuando se compararon los autoinformes de ambos grupos. Al respecto sólo hubo una excepción, en los estudios llevados a cabo con muestra femenina (Ohan & Johnston, 2011; Swanson et al., 2012; Tu et al., 2019), se evidenció no sólo mayor sobreestimación del ajuste social por parte del grupo TDAH sino una infraestimación por parte del grupo de comparación. Casualmente en todos de estos estudios la muestra de estudio estaba conformada únicamente por mujeres, lo que podría explicar en parte la divergencia en los resultados.

Además, en el estudio de Scholtens (2012) encontraron variables individuales en el sesgo que presentaba el grupo TDAH, aportando más evidencia de que la heterogeneidad entre las muestras con respecto a la sobreestimación del ajuste social puede explicar las discrepancias de la literatura con respecto a la asociación del PIB con las conductas disruptivas ya que se halló evidencia de que el comportamiento

perturbador contribuyó a unas menores puntuaciones de aceptación social rellenos por las fuentes externas. Por estas discrepancias, cabe plantearse la posibilidad de investigar otros métodos alternativos para medir el fenómeno, ya que realmente, la tendencia no parece ser que los niños con TDAH evidencien SIP social por calificarse con puntuaciones más altas que sus pares de control, sino que los adultos califican sus competencias como mucho más deficientes que a sus compañeros con desarrollo típico. Así por ejemplo, en el estudio realizado por Fefer (2018) se propuso hacer uso de una metodología mixta, con el fin de reunir información que ayude a entender cómo se manifiesta el sesgo en la vida cotidiana de estos niños. Asimismo, Capodieci (2019) encontró que las medidas de preferencias sociales informadas por pares (como la información que ofrecen los sociogramas) parecen ser más precisas que los informes de los padres para predecir problemas futuros.

Otros factores que se mencionaron con anterioridad y que podían estar contribuyendo a estas discrepancias es la edad, pues hay evidencia de que con los años las personas con TDAH tienden a ser más precisas (Colomer et al., 2020). Este estudio encontró que el PIB en otros dominios disminuía, es decir que las estimaciones de la competencia se iban haciendo más precisas con la edad, pero no fue así con respecto al sesgo cuando el dominio evaluado era el social. Es a considerar que este sesgo en el dominio social podría funcionar de manera diferente, o que esté influido por otros factores. Por ejemplo, en los estudios longitudinales, Tu (2019) no encontró evidencia de un sesgo significativo en la muestra con TDAH. Puede ser que efectivamente los cambios evolutivos vayan reduciendo el PIB al ir volviéndose más precisos, pero también porque en la muestra se recogían a chicas con TDAH-I que, como queda reflejado en la literatura, es un subtipo en el que no predomina el sesgo (Owens & Hoza, 2003). O puede ser porque el SIP funciona de manera diferentes en las chicas, ya que hubo evidencia de la influencia del sesgo de deseabilidad social en el grupo TDAH, mientras que en el grupo control las chicas infravaloraron su competencia social (Ohan & Johnston, 2011; Swanson et al., 2012; Tu et al., 2019).

Indistintamente, faltan datos acerca del efecto de la comorbilidad, como la depresión sobre el SIP en las niñas con TDAH. Esto podría ser uno de los factores a tener en cuenta, ya que la literatura ha sugerido que los síntomas depresivos se relacionan con un SIP más bajo y a la inversa (Owens et al., 2007), resultados que fueron

apoyados con los encontrados en el estudio de Colomer (2020). También sería interesante considerar la propuesta de Bourchtein (2018), que incide en la importancia de estudiar la relación entre ansiedad y el SIP ya que, aunque no se le ha prestado atención, es comórbida con el TDAH y una ansiedad elevada se asocia con una subestimación de la competencia.

En cuanto a las hipótesis planteadas en la literatura, los hallazgos encontrados parecen apoyar más la hipótesis de autoprotección, ya que los resultados apuntan a que no se trata de una sobreestimación de las capacidades sociales por inconsciencia o por ignorancia de sus déficits según lo informado por Colomer (2020) y McQuade (2017), aunque hay discrepancias con respecto a los resultados del estudio de Emeh (2018), que encontró en el grupo TDAH un mayor SIP explícito que implícito, de nuevo, sólo cuando se compararon los puntajes con las calificaciones de los adultos. Además, en apoyo a esta hipótesis, cuando se ha examinado la posibilidad de influir en la disminución del sesgo de los niños con TDAH se ha encontrado que (aunque no de manera absoluta), la calidez en las interacciones y las retroalimentaciones positivas redujeron el SIP social que presentaban al inicio del estudio, mientras que las críticas lo aumentaron. Los resultados fueron similares cuando se estudió la influencia de la motivación para comprobar si de esta manera el grupo TDAH era más preciso al intentar adivinar las puntuaciones que les iban a poner sus profesores (Emeh & Mikami, 2014; Hoza et al., 2012; Jiang & Johnston, 2017; Martin et al., 2020).

En cuanto a la importancia del SIP social de cara al tratamiento, se ha encontrado apoyo para tenerlo en cuenta, ya que añadirlo a modelos predictivos ha resultado más eficaz para identificar síntomas internalizantes, que han sido menos estudiados que los externalizantes (Martin et al., 2019). Por último, en consonancia con la teoría expuesta, el estudio de Capodiecì (2019) aportó evidencia de un mayor rechazo de los compañeros con desarrollo típico hacia sus pares con TDAH, que fue mayor a medida que aumentaba el grado escolar. Estas inconsistencias unidas a la necesidad de promover el ajuste y el bienestar social, así como interacciones de calidad en el colegio, además de la peligrosidad que puede conllevar la infravaloración de los síntomas internalizantes en cuanto al diagnóstico y tratamiento clínico, apoyan la importancia de seguir investigando cómo funciona el SIP en este dominio e ir

cubriendo las brechas de conocimiento de los diversos factores que están influyendo en la variedad de este sesgo dentro de la población TDAH.

## **5. CONCLUSIÓN**

En definitiva, la evidencia muestra un SIP social mayor para la población TDAH-C y TDAH-HI al comparar los autoinformes con las calificaciones de los adultos, que puntúan en ajuste y competencias sociales al grupo TDAH muy por debajo que al control, sobre todo cuando presentan conductas disruptivas. El SIP puede reducirse con motivación y con interacciones positivas y calidez recibidas por sus pares y progenitores. Los resultados sobre conciencia del sesgo son inconsistentes. Se demuestra la importancia de considerar el SIP social en el diagnóstico, pues además de tener consecuencias diferentes para su ajuste social es un buen predictor de los síntomas internalizantes.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Bourchtein, E., Langberg, J. M., Owens, J. S., Evans, S. W., & Perera, R. A. (2017). Is the Positive Illusory Bias Common in Young Adolescents with ADHD? A Fresh Look at Prevalence and Stability Using Latent Profile and Transition Analyses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(6), 1063–1075. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0248-3>
- Bourchtein, E., Owens, J. S., Dawson, A. E., Evans, S. W., Langberg, J. M., Flory, K., & Lorch, E. P. (2018). *Is the Positive Bias an ADHD Phenomenon ? Reexamining the Positive Bias and its Correlates in a Heterogeneous Sample of Children*. 1395–1408
- Capodiceci, A., Crisci, G., & Mammarella, I. C. (2019). Does Positive Illusory Bias Affect Self-Concept and Loneliness in Children With Symptoms of ADHD? *Journal of Attention Disorders*, 23(11), 1274–1283. <https://doi.org/10.1177/1087054718763735>
- Colomer, C., Martinussen, R., & Wiener, J. (2016). *The Self-Enhancement Bias in Attention Deficit / Hyperactivity Disorder : Origin , Nature , and Consequences*. <https://doi.org/10.1007/s40474-016-0073-y>
- Colomer, C., Wiener, J., & Varma, A. (2020). Do Adolescents With ADHD Have a Self-Perception Bias for Their ADHD Symptoms and Impairment? *Canadian Journal of School Psychology*, 35(4), 238–251. <https://doi.org/10.1177/0829573520936457>
- Emeh, C. C., & Mikami, A. Y. (2014). The Influence of Parent Behaviors on Positive Illusory Bias in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18(5), 456–465. <https://doi.org/10.1177/1087054712441831>
- Emeh, C. C., Mikami, A. Y., & Teachman, B. A. (2018). Explicit and Implicit Positive Illusory Bias in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 22(10), 994–1001. <https://doi.org/10.1177/1087054715612261>
- Evangelista, N. M., Owens, J. S., Golden, C. M., & Jr, W. E. P. (2008). *The Positive Illusory Bias : Do Inflated Self-Perceptions in Children with ADHD Generalize to Perceptions of Others ?* 779–791. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9210-8>

- Fefer, S. A., McQuade, J. D., Virga, C., Johnson, A., Gordon, K., Reinbergs, E., & Porter, J. (2018). Mother ' s Observations of Biased Self-Perceptions in Children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1060-1>
- Hoza, B., Waschbusch, D. A., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., & Milich, R. (2000). *Attention-Deficit / Hyperactivity Disordered and Control Boys ' Responses to Social Success and Failure*. 71(2), 432–446
- Hoza, B., Jr, W. E. P., Dobbs, J., Owens, J. S., & Pillow, D. R. (2002). *Do Boys With Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder Have Positive Illusory Self-Concepts ?* 111(2), 268–278. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.111.2.268>
- Murray-Close, D., Hoza, B., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Swanson, J., Jensen, P. S., Hechtman, L., & Wells, K. (2010). Developmental processes in peer problems of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in the multimodal treatment study of children with ADHD: Developmental cascades and vicious cycles. In *Development and Psychopathology* (Vol. 22, Issue 4). <https://doi.org/10.1017/S0954579410000465>
- Hoza, B., Vaughn, A., Waschbusch, D. A., Murray-Close, D., & McCabe, G. (2012). Can children with ADHD be motivated to reduce bias in self-reports of competence? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 245–254. <https://doi.org/10.1037/a0027299>
- Jiang, Y., & Johnston, C. (2017). Controlled Social Interaction Tasks to Measure Self-Perceptions: No Evidence of Positive Illusions in Boys with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(6), 1051–1062. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0232-y>
- Jiménez, J. E., Rodríguez, C., Camacho, J., Afonso, M., & Artiles, C. (2012). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias. *European Journal of Education and Psychology*, 5(1), 13. <https://doi.org/10.30552/ejep.v5i1.77>

- Kaiser, N. (2012). Does a Positive Bias Relate to Social Behavior in Children With ADHD? *Behavior Therapy*, 43(4), 862–875. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.004>
- Martin, C. P., Peisch, V., Shoulberg, E. K., Kaiser, N., & Hoza, B. (2019). Does a social self-perceptual bias mask internalizing symptoms in children with attention-deficit / hyperactivity disorder? *6*, 630–637. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13024>
- Martin, C. P., Shoulberg, E. K., Hoza, B., Vaughn, A., & Waschbusch, D. A. (2020). Factors Relating to the Presence and Modifiability of Self - Perceptual Bias Among Children with ADHD. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(2), 281–293. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00929-x>
- McQuade, J. D., Mendoza, S. A., Larsen, K. L., & Breaux, R. P. (2017). The Nature of Social Positive Illusory Bias: Reflection of Social Impairment, Self-Protective Motivation, or Poor Executive Functioning? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(2), 289–300. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0172-6>
- Ohan, J. L., & Johnston, C. (2011). Positive illusions of social competence in girls with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 527–539. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9484-0>
- Owens, J. S., & Hoza, B. (2003). The role of inattention and hyperactivity/impulsivity in the positive illusory bias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 680–691. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.680>
- Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B., & Kaiser, N. M. (2007). A Critical Review of Self-perceptions and the Positive Illusory Bias in Children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(4), 335–351. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0027-3>
- Scholtens, S., Diamantopoulou, S., Tillman, C. M., & Rydell, A. M. (2012). Effects of Symptoms of ADHD, ODD, and Cognitive Functioning on Social Acceptance and the Positive Illusory Bias in Children. *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 685–696. <https://doi.org/10.1177/1087054711417398>

- Swanson, E. N., Owens, E. B., & Hinshaw, S. P. (2012). Is the positive illusory bias illusory? examining discrepant self-perceptions of competence in girls with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *40*(6), 987–998. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9615-x>
- Tu, J. W., Owens, E. B., & Hinshaw, S. P. (2019). Positive Illusory Bias Still Illusory? Investigating Discrepant Self-Perceptions in Girls with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, *44*(5), 576–588. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/isy109>
- Volz-Sidiropoulou, E., Boecker, M., & Gauggel, S. (2016). The Positive Illusory Bias in Children and Adolescents With ADHD: Further Evidence. *Journal of Attention Disorders*, *20*(2), 178–186. <https://doi.org/10.1177/1087054713489849>
- Watabe, Y., Owens, J. S., Serrano, V., & Evans, S. W. (2018). Is Positive Bias in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder a Function of Low Competence or Disorder Status? *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *26*(2), 79–92. <https://doi.org/10.1177/1063426616683376>

## 7. ANEXOS

### Anexo 1. Checklist PRISMA.



#### PRISMA 2009 Checklist (Spanish version - versión española)

Sección/tema	#	Ítem	Presente en página #
<b>TÍTULO</b>			
Título	1	Identificar la publicación como revisión sistemática, metaanálisis o ambos.	
<b>RESUMEN</b>			
Resumen estructurado	2	Facilitar un resumen estructurado que incluya, según corresponda: antecedentes; objetivos; fuente de los datos; criterios de elegibilidad de los estudios, participantes e intervenciones; evaluación de los estudios y métodos de síntesis; resultados; limitaciones; conclusiones e implicaciones de los hallazgos principales; número de registro de la revisión sistemática.	
<b>INTRODUCCIÓN</b>			
Justificación	3	Describir la justificación de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce sobre el tema.	
Objetivos	4	Plantear de forma explícita las preguntas que se desea contestar en relación con los participantes, las intervenciones, las comparaciones, los resultados y el diseño de los estudios (PICOS).	
<b>MÉTODOS</b>			
Protocolo y registro	5	Indicar si existe un protocolo de revisión al se pueda acceder (por ejemplo, dirección web) y, si está disponible, la información sobre el registro, incluyendo su número de registro.	
Criterios de elegibilidad	6	Especificar las características de los estudios (por ejemplo, PICOS, duración del seguimiento) y de las características (por ejemplo, años abarcados, idiomas o estatus de publicación) utilizadas como criterios de elegibilidad y su justificación.	
Fuentes de información	7	Describir todas las fuentes de información (por ejemplo, bases de datos y períodos de búsqueda, contacto con los autores para identificar estudios adicionales, etc.) en la búsqueda y la fecha de la última búsqueda realizada.	
Búsqueda	8	Presentar la estrategia completa de búsqueda electrónica en, al menos, una base de datos, incluyendo los límites utilizados de tal forma que pueda ser reproducible.	
Selección de los estudios	9	Especificar el proceso de selección de los estudios (por ejemplo, el cribado y la elegibilidad incluidos en la revisión sistemática y, cuando sea pertinente, incluidos en el metaanálisis).	
Proceso de recopilación de datos	10	Describir los métodos para la extracción de datos de las publicaciones (por ejemplo, formularios dirigidos, por duplicado y de forma independiente) y cualquier proceso para obtener y confirmar datos por parte de los investigadores.	
Lista de datos	11	Listar y definir todas las variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, PICOS fuente de financiación) y cualquier asunción y simplificación que se hayan hecho.	
Riesgo de sesgo en los estudios individuales	12	Describir los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales (especificar si se realizó al nivel de los estudios o de los resultados) y cómo esta información se ha utilizado en la síntesis de datos.	
Medidas de resumen	13	Especificar las principales medidas de resumen (por ejemplo, razón de riesgos o diferencia de medias).	
Síntesis de resultados	14	Describir los métodos para manejar los datos y combinar resultados de los estudios, si se hiciera, incluyendo medidas de consistencia (por ejemplo, I <sup>2</sup> ) para cada metaanálisis.	

Anexo 2. Tabla de las características de los estudios seleccionados para la revisión.

Autor y año	N (tamaño muestral total por grupos) y edad de los participantes	Medidas (TDAH/PIB)	Variables moduladoras	Análisis de datos	Resultados clave
<b>(Colomer et al., 2020)</b>	<p>Niños con TDAH (GTDAH) N= 40 (23 chicos y 17 chicas): -22 con problemas de aprendizaje. -8 trastorno por ansiedad. -3 trastorno de oposición desafiante. -2 trastorno del estado de ánimo).</p> <p>Niños con desarrollo típico (GDT) N=34 (16 chicos y 18 chicas).</p> <p>Entre los 13 y los 18 años.</p>	<p><b>TDAH:</b> -Diagnóstico profesional previo. -Escala de calificación de Conners -3° edición (Conners, 2008) para confirmar síntomas c.</p> <p><b>PIB:</b> -Escala de calificación de Conners (3° edición), contestada por los padres (CP-3), maestros (CT-3) y adolescentes (CSR-3). -Formularios de lista de verificación de comportamiento infantil para padres (CBCL). -Autoinforme de jóvenes de problemas sociales (YSR).</p>	<p><b>En el GTDAH:</b> -70% al menos con un diagnóstico comórbido. -65% tomando psicoestimulantes (no tomaron el medicamento el día del estudio).</p> <p><b>En el GDT:</b> -No tener antecedentes o diagnóstico actual de TDAH u otro trastorno de comportamiento.</p>	<p><b>PIB en problemas sociales:</b></p> <p>Análisis de varianza multivariados (MANOVA) para puntuaciones de discrepancia (PD) con puntajes T entre padres-adolescentes.</p> <p>MANOVA para PD entre maestros-adolescentes.</p> <p><b>Conciencia de los déficits sociales:</b></p> <p>MANOVA para puntuaciones en déficits sociales.</p>	<p><b>PIB en problemas sociales:</b></p> <p>GTDAH&gt;GDT en PD entre escalas CP-3 y CSR-3.</p> <p>GTDAH&gt;GDT en PD en cuanto a síntomas, problemas de aprendizaje y dificultades sociales comparando YSR y CBCL.</p> <p>GTDAH=GDT en PD CT-3 y CSR-3.</p> <p><b>Conciencia de los déficits sociales:</b></p> <p>GTDAH&gt;GDT en informar de problemas sociales en el YSR.</p> <p>Jóvenes con puntuación clínica más alta en CBCL (T=&gt;=70) &gt; puntuación en problemas sociales en YRS.</p> <p>GTDAH con conductas de oposición &lt; GTDAH sin conductas de oposición en reconocer sus dificultades en este dominio.</p> <p>GTDAH con síntomas depresivos&lt; GTDAH sin síntomas depresivos en SIP.</p> <p><b>Creación de subgrupos de sesgos:</b></p> <p>El LPA mostró que estos 4 perfiles que se presentan a continuación se ajustaban mejor al dominio social.</p> <p>4 subgrupos y su proporción según el patrón de sesgo presentado:</p> <p>Perfil 1: Sin sesgo consistente (25%). Perfil 2: NB consistente (10%).</p>
<b>(Martin et al., 2020)</b>	<p>GTDAH N= 178 (142 chicos y 36 chicas).</p> <p>GTD N= 86 (62 chicos y 24 chicas).</p> <p>Entre 7 y 11 años.</p>	<p><b>TDAH:</b> -DSM-IV-TR.</p> <p><b>Problemas comórbidos:</b> -Escala de calificación de trastornos de conducta disruptiva (DBD) para padres y maestros. -Inventario de depresión infantil (CDI)</p>	<p><b>En el GTDAH:</b></p> <p>-Durante la recogida de medidas, los niños no fueron medicados. -Se excluyeron TDAH</p>	<p><b>Creación de subgrupos de sesgos:</b></p> <p>Análisis de Perfil Latente (LPA).</p> <p><b>Comparar SIP social en las 3 condiciones experimentales:</b></p>	<p>El LPA mostró que estos 4 perfiles que se presentan a continuación se ajustaban mejor al dominio social.</p> <p>4 subgrupos y su proporción según el patrón de sesgo presentado:</p> <p>Perfil 1: Sin sesgo consistente (25%). Perfil 2: NB consistente (10%).</p>

		-Escala de ansiedad bidimensional para niños (MASC) con 4 escalas de ansiedad, entre ellas la social.	predominantemente desatentos.	ANOVA de medidas repetidas 4 (los 4 perfiles) x 3 (condiciones experimentales: línea base-emparejamiento-dinero).	Perfil 3: SIP consistente grande (21%), Perfil 4: SIP consistente pequeño (44%)
		<b>PIB:</b> -Perfil de autopercepción para niños (SPPC): las subescalas de aceptación social. -SPCC para maestros (subescala SPPC de dominio social).	<b>En el GDT:</b> -Excluidos si tenían diagnóstico TDAH pero no si cumplían criterios de conducta desafiante, síntomas internalizantes, etc, para muestra representativa.	Para calcular el SIP se utilizaron las puntuaciones de discrepancia (PD) del SPPC, restándole la puntuación media de la competencia autoinformada a la calificada por la fuente externa (en este caso el maestro)..	<b>Comparar SIP social en las 3 condiciones experimentales:</b>  Perfil 1: SIP próximo a 0 en las 3 condiciones. Perfil 2: SIP negativo (NB) en las 3 condiciones. Perfil 3: SIP estable en las 3 condiciones. Perfil 4: SIP estable pero ligeramente por debajo del punto de corte en las 3 condiciones.
			Para ambos grupos se excluyeron aquellos con un CI<77 y otros trastornos.		LPA no reveló ningún grupo de participantes que demostrara un cambio significativo en las puntuaciones de SIP en las 3 condiciones,
<b>(Capodiceci et al., 2019)</b>	GTDAH N= 21.  Niños con desarrollo típico y habilidades sociales. (GTD) N= 154.  Niños con desarrollo típico y debilidad social. (GTDDS) N=22  Sólo participa muestra masculina en este estudio.  Entre 7 y 11 años.	<b>TDAH:</b> -Scala per i disturbi di attenzione/iperrattività per informe del maestro de insegnanti (SDAI) -Escala de informe docente de comorbilidad (COM)  <b>PIB:</b> -Cuestionario sociométrico. -Escala de informe del maestro (SDAI) -Escala de competencia en habilidades (ICS) para niños y profesores.  <b>Autoconcepto y soledad:</b> -Escala multidimensional de autoconcepto (MSC). -Autoinforme de soledad e insatisfacción social de los niños.	-Tienen en cuenta los síntomas y los grados escolares. -Para comparar GTDAH con GDTDS se emparejaron por sexo, edad y nivel socioeconómico y en puntuaciones SDAI y COM. -Se tuvo en cuenta el sesgo de deseabilidad social por cursos.	<b>Comparación GTDAH vs GDT</b>  ANOVA unidireccional 2(GTDAH vs GDT) x 3 (áreas: compañeros de juego, de mesa y equipo).  <b>Distinguiendo por grado escolar:</b> Contraste Chi cuadrado.  <b>Comparación GTDAH vs GDT en SIP según PD con el maestro:</b>  ANOVA unidireccional de medidas repetidas  <b>Comparación GTDAH vs GDT vs GDTDS en autoconcepto y soledad:</b> ANOVA de medidas repetidas.	<b>Comparación GTDAH vs GDT Sin distinguir en grado escolar:</b>  GTDAH>GDT en rechazo más frecuente por sus pares en las áreas: -compañero de juego -compañero de escritorio -compañero de equipo  <b>Distinguiendo por grado escolar:</b>  2º grado: GTDAH>GDT en rechazo como compañero de mesa.  4º grado: GTDAH>GDT en rechazo como compañero de escritorio. GTDAH>GDT en rechazo como compañero de juego.  En 5º grado: GTDAH>GDT rechazado en las 3 áreas.  GDT<GTDAH rechazados a medida que aumenta el curso.

(Tu et al., 2019)

GTDAH  
N= 140 chicas (97 tipo combinado y 43 tipo predominantemente desatento).

GTD  
N= 88 chicas.

A los 5 años el seguimiento N=209 de 228

Esta muestra se recogió de la utilizada en el estudio de Swanson de 2012, comentado más abajo.

**PIB:**  
**Medidas de competencia escolar:**  
-Formulario de informe del maestro (TRF).  
-Prueba de rendimiento individual de Wechsler  
-WIAT

**Medidas de ajuste social:**  
-Escala de preferencia social de Dishion.  
-Cuestionario de relaciones sociales (SRQ).  
-Lista de verificación de conducta de adultos (ABCL).

**Medidas de autoinforme de competencia y síntomas depresivos:**

-Las participantes fueron emparejadas por edad y etnia.

-Difirieron en CI entre los grupos, siendo más bajo en el caso del GTDAH.

-Se pidió a los padres que para el TRF eligieran al maestro que mejor conocía a sus hijas.

ANOVA de una vía.

**Para medir el SIP social:**

Método de PD estandarizado (De Los Reyes & Kazdin 2004), en el que las medidas de autoinforme y del evaluador externo se estandarizan por separado con la muestra total antes de calcular la diferencia entre ambas y restarlas al SPPC.

**Examinar la prevalencia de SIP entre las adolescentes con y sin TDAH infantil:**

Prueba T de muestras independientes comparando las PD.

**Dilucidar la naturaleza del SIP comparando la diferencia entre autoinformes e informes**

**Comparación GTDAH vs GDT vs GDTDS en SIP según PD con el maestro:**

GTDAH=GDT=GDTDS en puntuaciones de discrepancia con el maestro en el ICS.

GTDAH>GTD y GTDDS en SIP social informado en ICS.

**Comparación GTDAH vs GDT vs GDTDS en autoconcepto y soledad:**

GTDAH=GTDDS=GDT en niveles altos de soledad percibida.

GTD>GTDAH y GDTDS en autoconcepto en todas las áreas.

TDAH<GDT en juzgarse agresivos.

GTDAH>GDT en juzgarse populares.

GTDAH>GDT en informar de habilidades sociales.

**Examinar la prevalencia de SIP entre las adolescentes con y sin TDAH infantil:**

GTDAH>GDT en SIP de ajuste social de SRQ.

GDT>GTDAH en NB de ajuste social de SRQ.

TDAH=GDT en discrepancias de la escala de preferencia social de Dishion y ABCL.

**Dilucidar la naturaleza del SIP comparando la diferencia entre autoinformes e informes de evaluadores externos para ambos grupos:**

GTDAH=GDT en autocalificaciones y calificaciones externas según las PD.

GTDAH>GDT en SIP entre el SPPC y el SQR.

**Examinar el poder predictivo de las PD**

	A los 10 años N=216 de 228.	-Perfil de autopercepción para adolescentes (SPPA) -CDI -Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)		<b>de evaluadores externos para ambos grupos:</b> Prueba T de muestras pareadas evaluando puntajes del autoinforme vs calificadores externos.	Diagnóstico TDAH predijo significativamente el funcionamiento posterior.
	Entre los 11 y los 18 años al evaluarlas a los 5 años y entre los 19 y los 24 años, en la evaluación a los 10 años.	<b>Medidas de deterioro funcional:</b> -Evaluación global del funcionamiento (GAF).		<b>Examinar el poder predictivo de las PD:</b> : En paralelo con el estudio de Swanson en 2012 se usaron modelos de R2.	Solo TRF y SRQ > en predecir mejor funcionamiento en la adultez temprana. <b>Para predecir los síntomas depresivos posteriores:</b> Diagnóstico TDAH no predijo significativamente síntomas depresivos durante la adultez temprana. Los síntomas depresivos no predijeron significativamente las PD en la adultez temprana.
				<b>Para predecir los síntomas depresivos posteriores:</b>  Misma estrategia que el punto anterior.  Corrección de Benjamini-Hochberg.	
				Se utilizó el programa R para realizar todos los análisis.	
<b>(Martin et al., 2019)</b>	Muestra 1 GTDAH1 N = 199 chicos.  GTD1 N = 74 chicos. Fueron reclutados tras un programa de tratamiento de verano.	<b>TDAH:</b> Muestra 1: -DSM-III-R -DBD para padres y maestros. -Escala de calificación -Entrevista estructurada del padre (DBD).	<b>En el GTDAH:</b> -No se excluyó en base a trastornos comórbidos como trastorno de oposición desafiante, de conducta o por problemas de internalización o externalización. Se les retira el medicamento para el estudio.	<b>Examinar presencia de SIP social y su influencia para enmascarar gravedad de síntomas en los autoinformes:</b>  Se mide el SIP con PD en el SPPC (niños maestros) y se usa Regresión Múltiple (R2) para comprobar el efecto en base a autoinformes MASC, RCMAS. CDI y escala de soledad.	<b>Examinar presencia de SIP social y su influencia para enmascarar gravedad de síntomas en los autoinformes:</b> <b>1° paso R2 sin incluir SIP social:</b> Muestra 1 TDAH1>GDT1 como predictor de soledad pero no de síntomas depresivos/ansiosos.
	Muestra 2 GTDAH2 N = 178 chicos y chicas-  GTD2 N = 86 chicos.	Muestra 2: -DSM-IV-TR -Entrevista de diagnóstico de NIHM -DBD para padres y maestros.	<b>En el GDT:</b> -No se permitieron niveles clínicamente	2° paso R2 incluyendo SIP social.	Muestra 2 GTDAH2> GTD2 en informar de niveles más altos de síntomas depresivos y ansiosos.  <b>2° paso R2 incluyendo SIP social:</b> GTDAH1 y GTDAH2> GTD1 y GTD2 en informar de niveles más altos de soledad, ansiedad y depresión.

<b>(Bourchtein et al., 2018)</b>	En la Muestra 1 sólo participaron niños.	-Lista de verificación y formulario del maestro.	elevado de ningún síntoma.	<b>Comprobación de mejor predictor de los modelos de R2:</b>	PIB social enmascara la gravedad de los síntomas en los autoinformes de ansiedad y depresión.
	En la Muestra 2 participaron n=80 niños y n=98 niñas en el GTDAH2.	<b>PIB:</b> -SPPC -Teacher SPPC (ampliado en la muestra 2)		Se utilizan pruebas de Sobel.	PIB social enmascara soledad.
	Muestra 1 entre 7 y 12 años.	<b>Depresión, soledad y ansiedad:</b> -CDI -Escala de soledad de Asher			<b>Comprobación de mejor predictor de los modelos de R2:</b>
	Muestra 2 entre 7 y 11 años.	-Escala de ansiedad (RCMAS) -Escala multidimensional de ansiedad para niños (MASC)			Cuando se incluye el SIP social en el modelo (2º modelo de R2) es mejor predictor de síntomas internalizantes.
	N= 119 GTDAH	<b>TDAH:</b> -DSM-IV	-No se les medicó durante el estudio y las calificaciones de los compañeros se basaron en el comportamiento sin la medicación.	<b>Creación de perfiles según SIP:</b>	<b>Creación de perfiles según SIP:</b>
	N=114 GTD	<b>PIB:</b> -SPPC. -Escala de calificación para padres de comportamiento real (PRS). -Calificación de la competencia social de los compañeros y el personal (tarea grupal).		Se utilizó el Análisis de Perfil Latente (LPA) en base a las PD del SPPC y PRS. Se escogió el más parsimonioso con perfiles más homogéneos.	Salieron 4 perfiles. Se incluye proporción según calificación por estado diagnóstico y por grupo respectivamente:  Perfil 1: Baja competencia/PIB (El 72.72% con diagnóstico. 13.6% GTDAH vs 5.2% GDT).  Perfil 2: Baja competencia/autoconocimiento (El 76.25% con diagnóstico. 51.6% GTDAH vs 16.5% GTD).
Entre los 8 y los 10 años de edad.	<b>Síntomas de agresión, depresión y ansiedad:</b>  -DBD CDI-2 -Prueba de ansiedad infantil relacionada con Trastornos emocionales (ASUSTADO)		<b>Evaluar si el estado diagnóstico predice la pertenencia a un perfil:</b>  Enfoque de 3 pasos de Vermunt (2010). Evaluar si el estado diagnóstico predecía la pertenencia a un perfil.	Perfil 3: Competencia variable/autoconocimiento (El 60.87% con diagnóstico. 11.9% GTDAH vs 7.8% GDT). Perfil 4:Alta competencia/autoconocimiento (El 25% con diagnóstico. 22.9% GTDAH vs 70.5% GDT). Perfil 1> SIP social al comparar autoinforme-informe padres.  Perfiles 2, 3 y 4 =0< en calificarse como competentes en relación a el informe de los padres.	
			<b>Evaluación de perfiles 1 y 2 con respecto a funcionamiento social:</b>  Pruebas t de muestras independientes en calificaciones	GTDAH no son desproporcionadamente más propensos con respecto al GDT a mostrar SIP cuando los niveles de competencia informados por los padres son bajos.	

					<p>de competencia social por pares y personal en la tarea grupal.</p> <p><b>Evaluar si el estado diagnóstico predice la pertenencia a un perfil:</b></p> <p>Perfil 1=Perfil 2 en probabilidad de cumplir los criterios TDAH.</p> <p><b>Evaluación de perfiles 1 y 2 con respecto a funcionamiento social:</b></p> <p>Perfil 1&gt; Perfil 2 en SIP social.</p> <p>Perfil 1=Perfil 2 en competencia social.</p>
<b>(Emeh et al., 2018)</b>	<p>N= 23 GTDAH (13 chicos y 10 chicas)</p> <p>N= 55 GTD (26 chicos y 29 chicas)</p> <p>Entre los 6 y los 9 años de edad.</p>	<p><b>TDAH:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Inventario de síntomas del niño por padres y profesores.</li> <li>-Programa para trastornos afectivos y esquizofrenia para niños en edad escolar (K-SADS) basado en el DSM-IV-TR</li> </ul> <p><b>PIB:</b> (explícito)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Perfil de autopercepción infantil (SPPC)</li> </ul> <p>(implícito)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Prueba de asociación implícita (IAT)</li> </ul>	<p>-Se tuvo en cuenta el tiempo en el IAT para adaptarlo a los niños con poco nivel de lectura.</p> <p>-Se tuvo en cuenta el sesgo de discapacidad social.</p>	<p><b>PIB explícito:</b></p> <p>Se calcularon las PD mediante la puntuación estandarizada del índice de competencia del informante adulto de y el autoinforme del niño en el SPPC (De Los Reyes &amp; Kazdin, 2005).</p> <p><b>PIB implícito</b></p> <p>Se calcularon las PD mediante la puntuación estandarizada del índice de competencia del informante adulto de la puntuación del IAT del niño.</p> <p>Para ambos se utilizaron Pruebas t para muestras independientes.</p>	<p><b>PIB explícito:</b></p> <p>GTDAH=DT en autoinformes explícitos de competencia real.</p> <p>GTDAH&gt;DT en SIP social explícito.</p> <p><b>PIB implícito</b></p> <p>GTDAH=DT en autoinformes implícitos de competencia real.</p> <p>GTDAH&gt;DT en SIP social implícito.</p> <p>GTDAH&lt;DT en competencia social según informe de adultos.</p>
<b>(Watabe et al., 2018)</b>	<p>N=32 GTDAH</p> <p>N=31 GTD</p> <p>De los 63 participantes, n=53 chicos y n=10 chicas.</p> <p>Entre los 8 y los 12 años.</p>	<p><b>TDAH:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-DBD</li> <li>-Entrevista para niños sobre síndromes psiquiátricos: versión padres (P-ChIPS)</li> <li>-Escala de calificación del deterioro (IRS)</li> </ul> <p><b>PIB:</b></p>	<p>-Se tuvo en cuenta los trastornos comórbidos.</p> <p>-Se excluyeron niños con puntajes de CI &lt;79 y aquellos en los que no se podía detener con seguridad la medicación</p>	<p><b>Examinar existencia de SIP:</b></p> <p>Se utilizaron los PD restando el desempeño estimado al desempeño real, (6 PD: 2 (estimaciones previas y posteriores a la tarea) x 3 (niveles de competencia). También se calcularon para el SPPC restando el puntaje bruto de los padres y del maestro en</p>	<p><b>Examinar existencia de SIP:</b></p> <p>GTDAH&lt;0=GDT autocalificándose en competencias específicas.</p> <p>GTDAH&lt;GDT en competencia social según informes de adultos.</p> <p><b>Examinar si el PB es una función del estado de TDAH o de los niveles de competencia:</b></p>

(Jiang & Johnston, 2017)

TDAH  
N= 35  
  
GTD  
N= 46  
  
(Sólo participaron chicos).  
Entre 8 y 12 años.

-Calificación de desempeño (antes y después de la prueba).  
-SPPC  
-Escala de calificación de los padres (PRS)  
-Escala de calificación del maestro (TRS)

Posibles covariables:  
-Escala abreviada de inteligencia de Wechsler.  
-CDI-II  
-DBD

**TDAH:**  
-Escala de calificación ADHD-IV RS para padres y maestros.

**PIB:**  
-3 tareas de interacción social computarizada de 5 minutos (con retroalimentación positiva, negativa y ambigua).  
-Post tarea. Cuestionario de autoevaluaciones de desempeño (PSP)  
-SPPC (competencia social)  
-Escala de calificación de los padres del

-Los niños con medicación no la tomaron durante 24 h antes del experimento.

cada dominio (académico, social y conductual).

**Examinar si el PB es una función del estado de TDAH o de los niveles de competencia:**

6 ANOVA de modelo mixto 2 (TDAH vs GDT) X 3 (nivel de competencia: bajo, medio o alto).

GTDAH factor inter-sujetos y el nivel de competencia fue un factor intra-sujetos. Las VD para los seis ANOVA fueron las cuatro estimaciones de desempeño antes o después de la tarea y dos puntajes de discrepancia.

**PSP**  
ANOVA de medidas repetidas 2 (GTDAH vs GDT) x 3 (tipo de retroalimentación de la tarea: positiva, negativa o ambigua) con calificaciones del PSP como VD.

**SPPC**  
utilizando las puntuaciones de discrepancia niños vs padres.

**Para examinar estas discrepancias en los resultados:**

ANOVA de una vía.

En los 6 ANOVA el estado de TDAH y la interacción entre el estado y la competencia no fue significativa.

Baja competencia>diagnóstico TDAH en asociación con SIP.

Calificaciones previas a la tarea:

Baja competencia<Media y alta competencia en SIP.

Media competencia=Alta competencia en SIP.

Baja competencia< Media competencia en estimaciones del rendimiento en la tarea.

**Puntuaciones discrepantes:**

Calificaciones previas a la tarea:

Baja y Media competencia> Alta competencia en SIP.

Calificaciones posteriores a la tarea:

Baja competencia=Media=Alta en SIP.

**PSP**  
retroalimentación positiva>ambigua>negativa para percibir rendimiento más alto.

Confirma que el feedback fue eficaz para alterar percepciones del desempeño.

GTDAH=GDT en presencia de SIP social.

**SPPC:**  
GTDAH>GTD en SIP social.

**Para examinar estas discrepancias en los resultados:**

GTDAH=GDT en los autoinformes del SPPC.

GTDAH<GDT en calificación de los padres.

<b>(McQuade et al., 2017)</b>	GTDAH N= 37	<b>TDAH:</b> -Criterios DSM-V -DBD	comportamiento (PRSCAB).  -No se medicaron el día de las pruebas.	<b>Comparar SIP social entre los 3 grupos:</b>  Se utilizaron PD entre SPPC y TRS.	<b>Comparar SIP social entre los 3 grupos:</b>  GTDAH y GTDAHsub > GTD en probabilidad de mostrar SIP social.
	GTDAHsubumbral N=19	-Programa de entrevistas de diagnóstico computarizado para niños (C-DISC) -CBCL)		<b>Reorganización de grupos en base al sesgo:</b>  ANOVA y ANCOVA de comparaciones por pares para examinar las diferencias entre los nuevos grupos y las variaciones entre SIP implícito, síntomas depresivos y FE.	PIB social no es exclusivo del GTDAH.  <b>Reorganización de grupos en base al sesgo:</b>  3 nuevos grupos y porcentaje según diagnóstico: -GPIB (+1 dt por encima de la media del grupo control). 45% del GTDAH y GTDAHsub vs 14% GDT. -GNB (-1 dt por debajo de la media del grupo control). 5% GTDAH o GTDAHsub vs 19% GDT. -Gcontrol. 50% GTDAH o GTDAHsub vs 67% GDT.
	GTD N= 64	-Entrevista semiestructurada con el cuidador principal.			GPIB<GNB y Gcontrol en las calificaciones de aceptación social rellenas por adultos.  GNB=Gcontrol en aceptación social calificada por adultos.  GPIB>GNB y Gcontrol en aceptación social percibida.  GNB<Gcontrol en aceptación social percibida.
	De N=120 participaron 55 chicos y 65 chicas.	<b>PIB:</b> -SPPC (subescala social). -Prueba de asociación implícita (IAT ). -Calificación del maestro de la escala de comportamiento real del niño (TRS).			<b>PIB implícito:</b>  GPIB>Gcontrol en puntuación implícita de SIP.  GNB=Gcontrol en puntuación implícita de SIP.
	Entre 8 y 12 años.				<b>Síntomas depresivos:</b>  GPIB>GNB>Gcontrol en depresión informada por los padres.  GPIB=GNB en síntomas de depresión.

<b>(Emeh &amp; Mikami, 2014)</b>	DAH N=28 desatento, -22 combinado, -1 TND) T N=28	<p><b>TDAH:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Inventario de síntomas de los niños (CSI) contestado por padres y maestros.</li> <li>-Criterios del DSM-IV.</li> <li>-Entrevista diagnóstica semiestructurada utilizando el Programa para trastornos afectivos y esquizofrenia en niños en edad escolar (K-SADS).</li> <li>-CDI-S.</li> </ul> <p><b>PIB social:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-SPPC (subescalas de Aceptación social y conductual)</li> <li>-o PCSA para los niños &lt; 8 años (subescala de aceptación entre pares de la escala pictórica de competencia percibida y aceptación social).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se tuvo en cuenta el comportamiento del niño sin medicar.</li> <li>-Los participantes que tomaban medicación tomaron el mismo tipo y dosis durante al menos 3 meses antes de el estudio.</li> <li>-Diversidad familiar equilibrada.</li> <li>-No se excluyeron participantes por presentar trastornos comórbidos.</li> </ul>	<p><b>Explorar la evidencia de SIP social en GTDAH y GDT:</b></p> <p>Prueba t de muestras independientes con PD de SPPC y PCSA.</p> <p><b>Examinar si el comportamiento de los padres y comprobar si es independiente del SIP social exhibido:</b></p> <p>Correlaciones intraclase entre dos evaluadores para determinar 3 tipos de comportamientos de los padres (cálido, crítico y elogio).</p> <p>Análisis de modelos jerárquicos (HLM).</p>	<p><b>Explorar la evidencia de SIP social en GTDAH y GDT:</b></p> <p>GTDAH&gt;GDT en SIP social.</p> <p>GTDAH=GDT en las calificaciones del autoinforme.</p> <p>GTDAH&gt;GDT en ser calificados por su profesor como con menos habilidades sociales.</p> <p><b>Examinar si el comportamiento de los padres y comprobar si es independiente del SIP social exhibido:</b></p> <p>GTDAH=GDT en elogios recibidos de sus padres en las interacciones de juego.</p> <p>GTDAH=GDT en calidez recibida de us padres.</p> <p>GTDAH&gt;GDT en críticas recibidas por sus padres. Calidez correlacionó con &lt;PIB en GTDAH pero con un &gt;PIB en GDT. Crítica de los padres correlacionó con &gt;PIB en GTDAH.</p>
<b>(Kaiser, 2012)</b>	DAH N=87. T N=38	<p><b>TDAH:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Criterios del DSM-IV</li> <li>-DDB para padres y maestros.</li> <li>-Programa de entrevistas de diagnóstico computarizado para niños, versión DSM-IV (DISC-IV).</li> <li>-CBCL por padres y maestros.</li> </ul> <p><b>SIP:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-SPPC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fueron excluidos los niños con TDAH predominantemente desatento.</li> <li>-Se excluyeron a los participantes del GDT que exhibían SIP social.</li> <li>-Los participantes no tomaron medicación durante las sesiones del estudio y se pidió a las fuentes externas que les evaluaran en</li> </ul>	<p><b>Cálculo del SIP social y creación de los dos subgrupos de TDAH:</b></p> <p>Se calcularon las PD del SPPC.</p> <p><b>Codificación de comportamientos sociales en tarea diádica de laboratorio:</b></p> <p>Se graban las interacciones sociales de los participantes con un niño entrenado para la tarea (dos sesiones de cinco minutos) y son codificadas por 5 expertos con la técnica del doble ciego y fiabilidad interjueces.</p>	<p><b>Cálculo del SIP social:</b></p> <p>Se dividieron en 3 grupos: -GTDAH+PIB. -GTDAH-PIB. -GDT.</p> <p><b>Codificación de comportamientos sociales en tarea diádica de laboratorio:</b></p> <p>4 factores: -Prosocial. -Esfuerzo. -Estilo negativo. -Comportamiento perturbador.</p> <p>Los dos primeros comportamientos tuvieron puntajes más altos de adaptabilidad social.</p>

		-TRF relleno por el maestro.	base a no estar medicados.  -Se entrenó a los niños cómplice para que siguieran las instrucciones para la tarea diádica con los participantes.	Se utiliza un Análisis Factorial exploratorio para sacar los factores más relevantes para el estudio.  4 ANOVAS 3 (subgrupos) x 4 (factores).	GTDAH+PIB<GDT y TDAH-PIB en comportamiento prosocial.  GDT<GTDAH-PIB en comportamiento negativo.  GDT>GTDA+PIB en esfuerzo.  GTDAH-PIB y GTDAH+PIB >GDT en comportamiento perturbador.  GDT y GTDAH-PIB >GTDAH+PIB en ser calificados como más amigables, receptivos y comprometidos.  GDT>GTDAH+PIB en ser calificado como más entretenido.  GTDAH-PIB y GTDAH+PIB <GDT en emoción positiva.  GTDAH-PIB >GDT en ser calificados como frustrados y mayor emoción negativa. GTDAH+PIB >GDT en comportamientos extraños.  GTDAH-PIB y GTDAH+PIB >GDT en ser calificados como inquietos.  GTDAH-PIB >GTDAH+PIB en comportamientos sociales más positivos durante las interacciones. <b>Efectos de los síntomas del TDAH y TND y el funcionamiento cognitivo sobre el SIP y la aceptación social:</b>  La aceptación social informada por los adultos correlacionó negativamente con las conductas disruptivas y todos los factores cognitivos.  La aceptación social informada por los niños se relaciona negativamente con los síntomas de falta de atención.  El SIP se relacionó positivamente con las conductas disruptivas y con un peor desempeño de las medidas cognitivas.
(Scholtens et al., 2012)	DAH N=22 (11 chicos y 11 chicas).  T N=66 (28 chicos y 38 chicas).  Entre 7 y 13 años.	<b>TDAH:</b> -Escala de calificación del TDAH-IV para padres y maestros.  <b>SIP:</b> -SPPC para maestros y padres. -SPPC para niños.  <b>Rendimiento y funcionamiento ejecutivo:</b> -Prueba de rendimiento continuo (CPT).	-Buscaron activamente muestra femenina.	<b>Medición del SIP social:</b>  PD entre niños y adultos utilizando el SPPC.  <b>Efectos de los síntomas del TDAH y TND y el funcionamiento cognitivo sobre el SIP y la aceptación social:</b>  Análisis de regresión jerárquica (R2) en dos modelos de cuatro pasos en los que se fueron añadiendo en el siguiente orden: síntomas del TDAH	

		<p>-El funcionamiento cognitivo se estudió en términos de los siguientes factores cognitivos: memoria de trabajo, inhibición y variabilidad del tiempo de reacción (RTV).</p>		<p>separados de conductas disruptivas, los tres factores cognitivos de la RTV, los síntomas de TDAH y del TND (Trastorno Negativista Desafiante) y los síntomas del TDAH y factores cognitivos por separado.</p>	<p>La falta de atención explicó de manera independiente la variación en la aceptación social y el SIP, pero no más allá del TDAH y el TND.</p> <p>Es principalmente el comportamiento perturbador lo que contribuye a los informes externos sobre la aceptación social de los niños.</p>
<p>(Swanson et al., 2012)</p>	<p>DAH N=140 (-97 subtipo combinado - 43 subtipo inatento). T N=88. (Sólo participaron chicas en el estudio).</p> <p>Por mortalidad experimental la muestra se redujo de N=228 la muestra total quedó en N=209 participantes.</p> <p>Entre 6 y 12 al inicio del estudio.</p>	<p><b>TDAH:</b> -Programa de entrevistas de diagnóstico para niños (DISC-IV). -CDI. <b>PIB:</b> -SPPC. -No recopilamos PD de la medida paralela de Harter para informantes adultos. Seleccionamos medidas académicas comparables del informe de maestros, madres y pares, además de puntajes de pruebas estandarizadas para ampliar la gama de calificaciones de competencia externa. 3 medidas de informantes para medir la aceptación social:</p> <p>-Nominaciones positivas sociométricas de pares que se pasaron la última semana de campamento. -La subescala de Preferencia Social de las Calificaciones de Maestros de Relaciones con Compañeros y</p>	<p>-Se permitieron las comorbilidades comunes tanto para el TDAH como para las niñas de comparación.</p> <p>-Se excluyeron participantes con CI&lt;70 y trastornos graves que pudieran impedirles participar en las actividades del campamento.</p>	<p>Se estudian los efectos de interacción por medio de pendientes simples.</p> <p><b>Medición del SIP social:</b></p> <p>Se utilizó la PD estandarizada del SPPC con respecto a los informes rellenos por fuentes externas utilizando Pruebas T pareadas para evaluar las diferencias dentro de cada grupo y Pruebas T de muestras independientes para comparar las PD entre los grupos.</p> <p>-Puntaje de aceptación social de SPPC menos nominaciones positivas de pares sociométricos.</p> <p>En total fueron 6 PD.</p> <p><b>Examinar las relaciones entre subtipos de TDAH y trastornos comórbidos:</b></p> <p>Pruebas T con las 6 PD.</p> <p>Examinar la influencia de síntomas de depresión:</p> <p>R2 medidas con las puntuaciones del CDI.</p>	<p><b>Medición del SIP social:</b></p> <p>GTDAH&gt;GDT en SIP comparando las PD con las fuentes externas.</p> <p>GTDAH&lt;GDT en autopercepciones e informes externos negativos.</p> <p>GDT&gt;GTDAH en autopercepciones e informes externos positivos.</p> <p>GTDAH&lt;GDT en calificaciones de ajuste social informadas por madres y maestros.</p> <p>GTDAH=GDT en SIP social cuando se apoyaron en los resultados del sociograma por pares. GTDAH&gt;GDT en SIP social cuando los puntajes se compararon con madres y profesores.</p> <p>GTDAH&gt;GDT en precisión en el autoinforme.</p> <p><b>Examinar las relaciones entre subtipos de TDAH y trastornos comórbidos:</b></p> <p>TDAH-C=TDAH-I en SIP cuando se analizaron las PD con los T. comórbidos.</p> <p>Puntuaciones más altas en CDI se relacionaron con un SIP menor cuando el informante era la madre o el profesor.</p>

		Habilidad Social (TRPSK3). -Calificaciones maternas de popularidad con el sociograma de pares y el TRPSK.				
(Hoza et al., 2012)	TDAH N=178. ((TND n = 89, trastorno de conducta n = 26).  GDT N=86. (Trastorno de conducta n=1).  N=175 (de los cuales n=204 chicos y n=60 chicas).  Entre 7 y 12 años.	<b>TDAH:</b> -Programa de entrevistas de diagnóstico para niños del Instituto Nacional de Salud Mental, Versión IV (DISC-IV). -Escala de calificación de trastornos de conducta disruptiva (DBD). -Lista de verificación de conducta infantil para padres. -Formulario de informe del maestro (Achenbach). -CDI. <b>PIB:</b> -SPPC. -Cuestionario Likert para escoger al profesor que mejor conociera al niño al que iba a evaluar. -TRS.	Fueron excluidos:  -Participantes con TDAH predominantemente inatento.  -Aquellos que obtuvieron una puntuación de 80 o más en el coeficiente intelectual total o estimado.  -Niños con antecedentes de problemas neurológicos que podrían cuestionar un diagnóstico de TDAH. -O cuyo tratamiento para el TDAH fuera con medicamentos que no podían retirarse para la prueba	<b>Examinar la capacidad de las PD niñas-adultos vs pruebas objetivas para predecir el ajuste y el deterioro de los adolescentes (5 años después):</b>  Regresiones longitudinales utilizando una PD y una puntuación de informante o prueba diferente que no era un componente específico del valor de discrepancia.  <b>Para medir el SIP social:</b>  Se calcularon las PD específicas del dominio del instrumento SPPC restando los puntajes de la autopercepción del niño a los del profesor en cada puntuación.  <b>Comparar SIP social en las 3 condiciones experimentales:</b>  ANOVA de medidas repetidas 2 (GTDAH y GDT) x 3 (condiciones experimentales: línea base-emparejamiento-dinero) con síntomas depresivos como covarianza. Los PD se usaron como VD.	<b>Examinar la capacidad de las PD niñas-adultos vs pruebas objetivas para predecir el ajuste y el deterioro de los adolescentes (5 años después):</b> Las calificaciones del informante adulto y de las pruebas objetivas fueron numéricamente más predictivas de la discapacidad adolescente y el ajuste positivo que las PD.  <b>Comparar SIP social en las 3 condiciones experimentales:</b>  GTDAH> GDT en SIP social en todas las condiciones.  El SIP se redujo en las condiciones de emparejamiento y dinero pero no llegó a normalizarse.  Los síntomas depresivos correlacionaron inversamente con el SIP en la condición de línea base.  No hubo evidencia de que los resultados fueran únicamente una función de las calificaciones de competencia del profesor.	

<b>(Ohan &amp; Johnston, 2011)</b>	TDAH N=42 chicas. (TND=22 y con síntomas depresivos n=28). GDT N=40 chicas.  N=82 (Sólo muestra femenina).	<b>TDAH:</b> -Diagnóstico profesional previo. -Criterios del DSM-IV. -ADHD-RS-IV para las niñas control. -La escala de calificación del trastorno de oposición desafiante (ODDRS).	-Los criterios de exclusión para ambos grupos incluyeron trastornos generalizados del desarrollo y déficits cognitivo.  -Se instruyó a las madres, los maestros y las niñas para que completaran las medidas que describieran lo que mejor pudieran su comportamiento sin la medicación.	<b>Para medir el SIP social:</b>  Se usaron las PD de las calificaciones de las madres, profesoras y el autoinforme de las niñas, además de las puntuaciones que se codificaron en base a las tareas de laboratorio.  Se usaron pruebas T y ANOVA unidireccionales para comparar las discrepancias de las 3 medidas, además de pruebas post-hoc de Diferencia menos significativa (LSD).	<b>Para diferencias el SIP social por grupos:</b>  GTDAH>GDT en SIP social.  Para el GTDAH el deterioro general correlacionó con las PD.  GTDAH+TND y GTDAH+Sdepbajos > el resto de GTDAH en SIP social.
	Entre 9 y 10 años	<b>SIP:</b> -Evaluación de Matson de Habilidades Sociales para Jóvenes (MESSY) se utilizó como medida para maestros, madres y niñas. -Escala revisada de la mentira de la escala de ansiedad manifiesta de los niños (RCMAS-Lie). -Número de amigos y citas para jugar (según reporte de las madres). -Escala de calificación del deterioro de los niños (CIRS). -Medida de competencia social de laboratorio: ¡El "club de chicas!" (Ohan y Johnston 2007). -RCMAS. -Escala de comportamiento social de los niños: formulario de los padres (CSBS-P).	-Las niñas dejaron de tomar la medicación 24 horas antes de participar.	<b>Para diferencias el SIP social por grupos:</b> Se usaron 3 MANOVA 2 (GTDAH vs GDT) x 3 (categorías de las interacciones en las tareas: prosociales, agresivas e incómodas) y las 3 calificaciones de las calificaciones como medidas independientes.	<b>Medición para el sesgo de discapacidad social en relación con las PD:</b>  El SIP para el GTDAH se relacionó positivamente con el sesgo de discapacidad social, pero no fue así para el GDT.
				<b>Medición para el sesgo de discapacidad social en relación con las PD:</b> Se hallaron las correlaciones entre las puntuaciones de la escala RCMAS-Lie y cada una de las PD (niña-madre, niña-maestro y tarea de laboratorio infantil), por separado y por grupo.	<b>Funcionamiento social:</b>  El SIP social en el GTDAH correlacionó positivamente con desajuste y negativamente con ajuste social.  El SIP social en el GDT correlacionó positivamente con un mejor ajuste social.
				<b>Funcionamiento social:</b> Fue medido por el número de amigos.	

