



UNIVERSIDAD DE TALCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ABORDAJES TERAPÉUTICOS BASADOS EN EVIDENCIA PARA EL
TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL E HIPERACTIVIDAD
(TDAH) EN ADULTOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Memoria

para optar al Título de Psicólogo Mención Clínica

Alumnos

Francisca Alejandra Hernández Cornejo

Joaquín Ignacio Plaza Ibañez

Profesor Guía

Johanna Margarita Kreither Olivares

TALCA
Marzo del 2019

CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2019

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Johanna Kreither, nuestra profesora guía, quien nos orientó durante todo el proceso con mucha paciencia y comprensión.

Francisca Hernández C.

A mi madre, a mi padre, a mi hermano, a nuestra profesora guía y a todos quienes nos apoyaron.

Joaquín Plaza I.

Índice

Agradecimientos	2
Resumen	6
Abstract	7
1 Acerca del Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad	8
1.1 Prevalencia	8
1.2 Diagnóstico	9
1.3 Evolución sintomatológica del TDAH de la infancia a la adultez	14
1.4 Motivos de consulta	14
1.5 Abordaje terapéutico	17
2 Tipos de Abordajes Terapéuticos	19
2.1 Entrenamiento Cognitivo	19
2.2 Entrenamiento en Mindfulness	20
2.3 Terapia Conductual Dialéctica	21
2.4 Terapia Cognitiva Grupal	21
2.5 Mindfulness con Realidad Virtual	22
3 Pregunta de Investigación	22

4. Objetivos	23
5. Propuesta metodológica	23
5.1 Diseño	23
5.2 Instrumentos	24
5.3 Procedimiento	25
5.3.1 Fases de investigación	25
Fase 1	26
Fase 2	27
Fase 3	29
6 Resultados	30
6.1 Según los grupos	31
6.1.1 Grupo control y experimental	31
6.1.2 Criterios de inclusión y exclusión	34
6.1.3 Asignación aleatoria a los grupos	45
6.2 Según el método	48
6.2.1 Técnicas sistematizadas	48
6.2.2 Medidas estandarizadas para los resultados	55

6.2.3 Conductas esperada está especificada	64
7 Discusión	68
8 Conclusiones	73
Referencias	75
Anexos	87

Abordajes terapéuticos basados en evidencia para el trastorno
por déficit atencional e hiperactividad (TDAH) en adultos

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por dificultades para mantener la atención, impulsividad e hiperactividad. Las investigaciones se han centrado en estudiar este fenómeno en población infantil, por lo que hay poca literatura acerca de qué pasa con los adultos con TDAH, siendo éste un campo emergente. **Objetivo:** Determinar qué criterios de Terapia Basada en Evidencia han usado los estudios sobre abordajes terapéuticos para el TDAH en adultos en los últimos 5 años. **Método:** Se analizaron 22 artículos según criterios de terapia basada en la evidencia propuestos en la literatura. **Resultados:** Los estudios son heterogéneos en sus características, pero evidencian, en general, el uso de estándares científicos. **Conclusión:** Existen estudios de gran calidad y otros con aspectos a mejorar, por lo que se requiere seguir investigando para ofrecer tratamientos de mejor calidad que los actuales para los pacientes con TDAH.

Palabras clave: *Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH), psicoterapia, adultos, tratamiento.*

Abstract

The Attentional Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a disorder characterized by sustained attention problems, impulsivity and hyperactivity. Researches have been focused to study this phenomenon on child population, so there is few literature about what is happening with the adults with ADHD. This one is an emerging field. **Objective:** Determine which evidence-based therapy criterias has been used in the studies about therapeutic approaches for ADHD in adults in the last 5 years. **Method:** 22 articles were analyzed according to the therapeutic approaches evidence-based criteria proposed in the literature. **Results:** The studies are heterogeneous in their characteristics, but they consider to use scientific standards. **Conclusion:** There are high quality studies and others with aspects to improve, so it is necessary to continue researching to offer better quality treatments for patients with ADHD.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (TDAH), psychotherapy, treatment, adults.

Abordajes terapéuticos basados en evidencia para el trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH) en adultos

En el Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH, en adelante) se manifiestan una serie de síntomas tales como conductas impulsivas, dificultades en la atención sostenida e hiperactividad, lo que genera interferencias frecuentes que se evidencian en conductas de intranquilidad o incapacidad para comportarse acorde a una situación, entre otras (Cunill y Castells, 2015). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-V), el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por una inatención persistente que interfiere en sus actividades cotidianas, ya sea en el ámbito social, académico o laboral (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). La importancia de abordar el TDAH radica en que influye en la vida diaria de las personas que la presentan. Los adultos, a diferencia de los niños, tienden a preocuparse más por déficits en el rendimiento o dificultades para orientarse (Asherson, Buitelaar, Faraone y Rohde, 2016). Por ello, recurren a especialistas de la salud mental, quienes en su formación se espera que conozcan sobre los avances en los diferentes abordajes terapéuticos realizados bajo metodologías bien establecidas de trabajo que beneficien a las personas con TDAH.

1 Acerca del Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad

1.1 Prevalencia

Según lo establecido por el manual DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995), la prevalencia del TDAH estaría entre un 3 a un 5% en niños con edad escolar. En cuanto a los adultos, Fayyad et al. (2007) realizaron un estudio en población entre 18 y 44

años en 10 países en las Américas, Medio Oriente y Europa, promediando su prevalencia en un 3.4%.

La prevalencia oficial del Ministerio de Salud de Chile- MINSAL (2008) fue estimada en 6.2%, porcentaje que estaría en aumento, ya que entre los años 2009 y 2013, los casos de TDAH en el sistema público incrementaron de 27659 a 52895 (MINSAL, 2008).

En el caso de los niños y adolescentes, se realizó un estudio de prevalencia en Chile que contó con 1558 participantes entre los 4 y 18 años de edad, radicados en Iquique, Santiago, Concepción y Cautín. En las edades entre 4 y 11 años, la prevalencia del TDAH en los niños fue de un 16.4%, mientras que en las niñas resultó ser de 14.6%. En adolescentes masculinos, la prevalencia fue de 2.1% y en el caso de las adolescentes, resultó ser de 6.9%. Finalmente, la prevalencia general fue de 10%, donde el subtipo de TDAH que más prevaleció fue el hiperactivo/impulsivo (De la Barra, Vicente, Saldivia y Melipillán, 2012).

En cuanto a la población adulta, se ha observado que la prevalencia del TDAH en adultos es de 4% en la población general, estimándose que más del 50% de los niños continuará presentando síntomas de este trastorno en la adultez (Ramos-Quiroga et al., 2006).

1.2 Diagnóstico

El diagnóstico del TDAH es posible, en gran medida, gracias a la identificación y obtención de información sobre su manifestación sintomática, la que se evidencia mayormente en dificultades para realizar actividades en la vida diaria. Asherson et al. (2016), establecieron a partir de los síntomas de TDAH en la edad adulta en el DSM-V, que las personas tienen problemas para enfocar la atención con o sin distractores, terminar las tareas en el trabajo, administrar tareas secuenciales, manejar horarios y el tiempo, realizar actividades cotidianas

(como pagar cuentas o asistir a citas), ordenar materiales, devolver llamadas telefónicas, mantenerse quieto en reuniones sociales, junto con sensación de inquietud y usar las cosas sin permiso, entre otros.

Actualmente, para realizar el diagnóstico del TDAH, se suelen ocupar instrumentos basados en los criterios del DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), los que están resumidos en la Tabla 1. Estos instrumentos pueden ser entrevistas o test que permiten verificar el cumplimiento de estos criterios.

Otro manual con criterios diagnósticos para el TDAH es el CIE-10 (OMS, 2000), donde se enmarca en los Trastornos Hipercinéticos con el código F90. Se señala que deben estar claramente presentes el déficit de atención, hiperactividad o impulsividad, que sean generalizados, tanto en el tiempo como en diferentes situaciones, además de no ser generados por otros trastornos. Además, de este trastorno se desprenden varios subtipos, dependiendo de la sintomatología predominante. En la Tabla 2, se resumen los criterios de este manual.

En ambos manuales, existen diferencias acerca de los criterios a considerar para el diagnóstico de TDAH de niños y adultos. En el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), en el criterio A, en *Inatención* y en *Hiperactividad e impulsividad*, se necesitan al menos 5 síntomas para personas de 17 y más años de edad, mientras que para los menores, se requieren al menos 6 síntomas. Para *inatención*, en el criterio f, los niños pueden evitar, disgustarse o mostrarse poco entusiastas en iniciar tareas escolares o labores domésticas, mientras que los adolescentes mayores y adultos pueden hacerlo al revisar artículos extensos, preparar informes o rellenar formularios. En el criterio h, al referirse con distraerse fácilmente con estímulos externos, en adolescentes mayores y adultos también se pueden incluir pensamientos no relacionados. En el criterio i, los adolescentes mayores y

Tabla 1. Resumen de los criterios del DSM-V para TDAH

A Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, caracterizado por (1) y/o (2):

1. Inatención: 6 ó más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Con frecuencia:

- a. Falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
- b. Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
- c. Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d. No sigue instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.
- e. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- f. Evita, le disgusta o es poco entusiasta en iniciar tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.
- g. Pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
- h. Se distrae con facilidad por estímulos externos.
- i. Olvida las actividades cotidianas.

2. Hiperactividad e impulsividad: 6 ó más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Con frecuencia:

- a. Juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c. Corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- d. Es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor”.
- f. Habla excesivamente.
- g. Responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- h. Le es difícil esperar su turno.
- i. Interrumpe o se inmiscuye con otros.

B Algunos síntomas estaban presentes antes de los 12 años.

C Varios síntomas están presentes en 2 o más contextos.

D Los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen su calidad.

E Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental.

Nota. Se resumieron los criterios del DSM-V para el TDAH con el propósito de facilitar su visualización.

Tabla 2. Resumen de los criterios diagnósticos para Trastornos Hiperkinéticos en el CIE-10

-
- G1 **Déficit de atención.** Por lo menos 6 de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos 6 meses, en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:
1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
 2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
 3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
 4. Frecuente incapacidad para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo.
 5. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.
 6. A menudo evita o se siente incómodo ante tareas que requieran un esfuerzo mental mantenido.
 7. A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades.
 8. Fácilmente distraíble por estímulos externos.
 9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.
- G2 **Hiperactividad.** Al menos 3 de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante, al menos, 6 meses, en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:
1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en el asiento.
 2. Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
 4. Es ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
 5. Exhibe un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
- G3 **Impulsividad.** Al menos 1 de los siguientes síntomas persiste durante, al menos, 6 meses, en un grado maladaptativo e inconsistente con el nivel del desarrollo del niño:
1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
 2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.
 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás.
 4. Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales,
- G4 El inicio del trastorno no se produce después de los 7 años.
- G5 Carácter generalizado. Los criterios deben cumplirse para más de una situación, es decir, deben estar presentes tanto en el hogar como en otros ambientes donde el niño puede ser observado.
- G6 Los síntomas de G1 a G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.
- G7 El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastornos de ansiedad.
-

Nota. Se resumieron los criterios del CIE-10 para Trastornos Hiperkinéticos con el propósito de facilitar su visualización.

adultos pueden olvidar pagar las cuentas, devolver llamados telefónicos o acudir a las citas, situaciones que no vivencian los niños normalmente. En *Hiperactividad e impulsividad*, en el criterio c, se hace referencia a corretear o trepar en situaciones en las que no es apropiado, ampliando esta categoría a estar inquieto en adolescentes o adultos. Así mismo, en el CIE-10 (OMS, 2000), en *Hiperactividad*, se señala que los niños a menudo corretean o trepan excesivamente en situaciones inapropiadas, lo que en adolescentes o adultos puede manifestarse sólo por sentimientos de inquietud. Además, en *Hiperactividad e impulsividad* en el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), en el criterio i, los niños interrumpen o se inmiscuyen con otros frecuentemente, mientras que los adolescentes y adultos, podrían adelantarse a lo que hacen los demás.

Se ha planteado que, para el diagnóstico del TDAH, además de sistematizar los síntomas y conductas con una entrevista clínica con los criterios expuestos, es recomendable contar con otros registros que ayuden a reconstruir un historial de diagnóstico, tales como: reportes realizados por observadores cercanos (como padres y amigos, entre otros), registros académicos, como los informes de notas y resultados en pruebas escolares, además de escalas de auto-reporte (Gibbins y Weiss, 2007). Asherson et al. (2016), desde el punto de vista de la práctica clínica, consideran importante evaluar los efectos de los síntomas del TDAH sobre la calidad de vida y entender los problemas relacionados a ella, como dificultades en la función ejecutiva, problemas para dormir, irritabilidad e inquietud, además de problemas en el funcionamiento de la vida diaria, tales como tener un bajo rendimiento laboral o estar propensos a sufrir accidentes de tránsito.

1.3 Evolución sintomatológica del TDAH de la infancia a la adultez

En la actualidad, predomina el modelo etiopatogénico, el cual establece que existen factores a nivel genético y ambientales que interactúan entre sí, generando una vulnerabilidad que predispone a desarrollar TDAH (Cunill y Castells, 2015). En relación a lo anterior, Cortesse (2012) determinó una heredabilidad del TDAH entre un 60% a un 70%.

La comprensión evolutiva del TDAH ha sido posible gracias a la realización de estudios longitudinales, los que han logrado obtener información sobre los cambios del TDAH desde la infancia hasta la adultez. Un ejemplo fue el estudio realizado por Biederman, Petty, Evans, Small y Faraone (2010), en donde se hizo un seguimiento por 10 años a participantes de género masculino entre 6 a 17 años. Se observó que con el aumento de la edad, los síntomas del TDAH van decreciendo, pero siguen estando presentes. Los resultados de este estudio mostraron el 78% de los participantes continuó presentando la sintomatología de TDAH, en donde sorprendentemente los síntomas asociados a inatención fueron más persistentes que la hiperactividad/impulsividad.

1.4 Motivos de consulta

Las diversas manifestaciones del TDAH hacen que la calidad de vida se deteriore, ya que se afectan diversas áreas de la vida, como el trabajo, relaciones familiares y amistades (Jaimes y Ortiz, 2016), además de las relaciones de pareja, entre otros (Adler y Shaw, 2011). Eddy, Canu, Broman-Fulks y Michael (2015) señalan que un diagnóstico en la infancia de TDAH se asocia con una conducta sexual riesgosa en la adultez, lo que puede incluir encuentros sexuales con extraños, mayor cantidad de parejas sexuales y embarazos no planeados. Según Adler y Shaw (2011), existe alto riesgo de que las jóvenes con TDAH

queden embarazadas durante la adolescencia, además de contraer Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), en comparación con aquellas personas que no tienen TDAH. Por otro lado, hay complicaciones en las relaciones familiares, ya que las personas con TDAH tienen mayores dificultades para cumplir con sus responsabilidades parentales y generan climas de tensión con otros miembros de la familia.

En los adultos, el TDAH tiene repercusiones considerables en la vida diaria. Por ejemplo, tienen dificultades para organizar y manejar tareas cotidianas, tienden a olvidar cosas o sufren cambios de humor bruscos. En ocasiones, debido a que tienen dificultades para controlar sus impulsos, pueden realizar conductas que derivan en problemas de carácter social o laboral (Jiménez-Arriero, Vidal y Ponce, 2005; citado en Andreu, Letosa, López y Mínguez, 2014). Otros síntomas son, por ejemplo, la tendencia a distraerse fácilmente con pensamientos poco relevantes, incapacidad para escuchar y leer instrucciones, problemas para recordar hechos de la infancia y dificultades para esperar, mantenerse en estado de alerta o despierto en actividades poco estimulantes, y dificultades para iniciar tareas o proyectos (Barkley, 2008; citado en Jaimes y Ortiz, 2016). Un estudio que hizo énfasis en las conductas impulsivas del TDAH fue el de Rodríguez Pérez et al. (2015), donde participaron 143 reclusos de una cárcel en España. En esa investigación se encontró una prevalencia de 25% de TDAH. La mayoría de los reclusos con TDAH reportó que no fue capaz de mantener una relación amorosa y tuvieron que divorciarse, en contraste con reclusos sin TDAH. Además, se evidenció que muchos no pudieron completar la educación secundaria, existiendo un alto grado de abandono escolar y ninguno pudo completar la educación superior. En este sentido, el TDAH también afecta el desarrollo académico, como se evidencia en otro estudio con universitarios que mostró que aquellos con TDAH cambiaban de carrera, tenían mayores índices de deserción

académica y presentaban dificultades para culminar sus obligaciones académicas (Barkley, 2008; citado en Jaimes y Ortiz, 2016). Además, tienen calificaciones más bajas y mayor probabilidad de ser expulsados de los establecimientos educacionales (Adler y Shaw, 2011).

Adicionalmente, las personas con TDAH se caracterizan por tener desregulación emocional, lo que se evidencia en los siguientes aspectos: variaciones del temperamento, expresiones de molestia, ira y resentimiento ante mínimas provocaciones. La desregulación emocional tiene incluso incidencias a nivel cognitivo, ya que estudios han mostrado que las emociones ayudan a guiar las funciones ejecutivas, y eventualmente, pueden afectar su funcionamiento (Brown, 2011).

Frecuentemente, el TDAH en adultos presenta comorbilidades. Respecto a esto, se ha demostrado que existen casos de TDAH y Trastorno del Espectro Autista (TEA). Para los profesionales especializados en la clínica, resulta complejo el diagnóstico de niños y niñas en edades tempranas que presentan ambos trastornos. Sin embargo, a medida que crecen se pueden distinguir de mejor forma los síntomas (Gillberg, Gillberg, Anckarsäter y Rastam, 2011).

También puede existir superposición entre los síntomas de TDAH y los de Trastornos de Ansiedad (TA en adelante) en la adultez. Los TA se caracterizan por preocupación, sensación de miedo y pánico. Quienes los presentan de manera generalizada, manifiestan preocupación excesiva, lo que se asocia en ocasiones al perfeccionismo, sumado a la sensación de que pueden involucrarse en problemas en cualquier momento. De esta manera, a las personas con ansiedad y TDAH se les dificulta tener éxito, por la constante preocupación de no fallar y la idea de que el problema que los aqueja es inevitable en la vida cotidiana (Weiss, Gibbins y Hunter, 2011). Además, existe alta comorbilidad entre depresión y TDAH

en la vida adulta. Se ha demostrado que las personas con TDAH poseen factores protectores que otorgan mayor resiliencia y resistencia a la comorbilidad depresiva. Entre ellos, está la escasez de patrones de pensamientos rumiativos, pocas conductas o pensamientos evitativos y ausencia de historiales de tratamiento extensos (Oddo, Knouse, Surman y Safren, 2018).

1.5 Abordaje terapéutico

En el caso de los niños con TDAH, el tratamiento necesita de la participación de diferentes profesionales, tales como psicólogos, psiquiatras, profesores, pediatras y pedagogos, entre otros, con el fin de mejorar diferentes aspectos, tales como: funciones cognitivas, conductuales, sociales y/o autoestima. Los niños con TDAH requieren, principalmente, terapias conductuales, tratamiento farmacológico y control de la estimulación sensorial del ambiente, con el fin de reducir las distracciones (Portela, Carbonell, Hechavarría y Jacas, 2016).

En el ámbito escolar, la impulsividad puede llevar a participar de enfrentamientos con compañeros. También puede ocurrir que los jóvenes que aún no han sido diagnosticados con TDAH por un profesional clínico, reciban etiquetas bastante denostativas como “payaso de la clase” (Guerrero y Pérez, 2011). En los adultos, puede existir un grado aún mayor de estigmatización, debido a que pueden ser considerados como personas negligentes e irresponsables. Se ha planteado que los mitos y el estigma que surgen al ser diagnosticado con TDAH son más marcados en la vida adulta, pues el diagnóstico se asocia a la infancia. No es poco frecuente que los pacientes sean etiquetados como “personas malas”, “perezosas”, “agresivas” o que tienen necesidades especiales, en vez de considerar que padecen un trastorno mental que puede ser tratado (Kooij et al., 2010). Además, como se ha mencionado

anteriormente, los adultos con TDAH pueden presentar problemas con la justicia y en las relaciones de pareja, así como también sentirse incómodos con sus trabajos (Ginsberg, Hirvikoski y Lindefors, 2010).

Todas las situaciones mencionadas pueden ser superadas con un plan de tratamiento terapéutico donde se aprendan elementos prácticos para la vida diaria, tales como planeación y elaboración de rutinas, orientación vocacional, asistencia organizacional y reforzamiento de la importancia de la perseverancia, entre otros (Guerrero y Pérez, 2011).

En cuanto al abordaje farmacológico, Eddy et al. (2015) han planteado que los psicoestimulantes generan tasas de respuesta inferiores en adultos, comparados con los efectos que tienen en la infancia. Además, los efectos adversos de los medicamentos, como náuseas, bajo apetito e insomnio, pueden llevar a que los adultos pausen el tratamiento, muchas veces de manera indefinida. Es en este punto donde resulta relevante plantear qué otros tratamientos existen para estos pacientes.

Respecto a la aceptación de las diferentes terapias, la terapia de medicación y la terapia conductual son las que se ocupan más a menudo y las más aceptadas. Sin embargo, estudios de gran escala mostraron que existirían limitaciones en esos tratamientos, por lo que es necesario que existan nuevos tratamientos para el TDAH, que idealmente tengan efectos a largo plazo (Arns, Heinrich y Strehl, 2014). En la actualidad, diversos resultados indican que la terapia cognitivo-conductual es el abordaje más eficaz para el tratamiento psicológico del TDAH en adultos y de la sintomatología comórbida de ansiedad y depresión. Lo anterior es producto del número de resultados positivos alcanzados con esta terapia, la inclusión de grupo control, el tamaño de las muestras y por una aplicación correcta de la metodología usada (Vidal et al., 2012). Pese a lo anterior, se requeriría de una mayor investigación para saber los

efectos diferenciales que tienen los diferentes abordajes psicológicos en relación a las mejoras de la sintomatología de TDAH en población adulta (Vidal et al., 2012).

2 Tipos de Abordajes Terapéuticos

A continuación, se presentan algunos ejemplos de abordajes terapéuticos para el TDAH:

2.1 Entrenamiento Cognitivo

El entrenamiento cognitivo puede entenderse como una intervención que emplea aprendizaje cognitivo o socioafectivo, aplicado de forma escalada y reproducible para generar un cambio clínico (Keshavan et al., 2014). Estas intervenciones mejoran las funciones ejecutivas, mediante la práctica de ejercicios que van incrementando el desafío a medida que mejora el desempeño. La mejoría es percibida por los padres, incluso 3 meses luego de finalizada la intervención. También se observa mejoría en la atención mediante pruebas de simulación académica. Los beneficios se observan en niños en tratamiento farmacológico y son informados por padres, maestros y clínicos (Alonso, Diz, Fernández, García y Giachetto, 2015).

Los programas de entrenamiento cognitivo abordan aspectos de la memoria que pueden verse debilitados en el TDAH, como la memoria de trabajo, que es una memoria a corto plazo. En los niños, el abordaje de la memoria de trabajo puede realizarse a través de juegos computacionales con tareas visuales y/o verbales. Se acompañan también con tareas de psicoeducación, donde se trabajan funciones ejecutivas, como prestar atención, comportamiento orientado a objetivos predefinidos, planificación, metacognición y la propia

memoria de trabajo (Van Der Donk, Hiemstra-Beernink, Tjeenk-Kalff, Van Der Leij y Lindauer, 2015).

Desde la perspectiva del trabajo con la terapia Cognitivo-Conductual en adultos, se realiza psicoeducación sobre el TDAH, organización y planificación, mediante herramientas como libretas, calendarios, ejercicios para evaluar y reducir la distracción usando alarmas, técnicas para la reestructuración cognitiva y se fomenta el uso de pensamientos adaptativos cada vez que aparezcan situaciones relacionadas con el TDAH (Safren et al. 2005).

2.2 Entrenamiento en Mindfulness

Mindfulness es una disposición cognitiva de darse cuenta de las cosas que ocurren en el momento, sin generar juicios ni apegarse a resultados particulares (Napoli, Krech y Holley, 2005). Se realiza un trabajo práctico con la conciencia, que permite conocer cómo funciona la mente (Shapiro y Carlson, 2017). En general, se hacen ejercicios orientados a la atención plena, tales como escaneo corporal y ejercicios de meditación, ya sea estando sentado o caminando (Shapiro y Carlson, 2017). Se trabajan principios como no juzgar, aprender a observar, describir y participar de forma activa en el presente. Se ha determinado que con el mindfulness existe reducción de los síntomas del TDAH, mejoría en la atención plena y en la autoeficacia. Las mejoras son similares a las del entrenamiento de habilidades de la terapia conductual dialéctica (Edel, Hölter, Wassink y Juckel, 2014).

2.3 Terapia Conductual Dialéctica

La terapia conductual dialéctica emplea técnicas centradas en el cambio conductual. Usa estrategias de aceptación o de validación de la persona, enfatizando que la aceptación no

impide el cambio (componente dialéctico), existiendo así tres estrategias que resultan ser importantes en esta terapia: cambio, aceptación y comprensión dialéctica (Gempeler, 2008). Se usó inicialmente como un esfuerzo para aplicar la teoría conductual en personas altamente suicidas (Linehan y Wilks, 2015). Se ha demostrado su efectividad en jóvenes de pregrado con TDAH, donde hubo mejoras en su calidad de vida (Fleming, McMahon, Moran, Peterson y Dreessen, 2015).

2.4 Terapia Cognitiva Grupal

En ese tipo de terapia, cada integrante del grupo ayuda a identificar y poner a prueba los pensamientos de los otros participantes, para que de esta forma la persona adquiera experiencia en monitorear los pensamientos, mientras ayuda a otros miembros. El trabajo realizado por el terapeuta de grupo y el individual, ayuda a clarificar y modificar esquemas mentales (Freeman y Morgillo, 2006). Se han realizado pruebas piloto con resultados moderados. También se ha implementado en conjunto con otras terapias menos específicas, como manejo clínico individual para ver su impacto y a su vez, compararlo con el uso de metilfenidato y placebo (Philipsen et al., 2015).

2.5 Mindfulness con Realidad Virtual

En este tipo de intervención, los ejercicios de atención plena pasan a la realidad virtual, que es una tecnología que permite captar la atención de las personas que participan de las actividades, dándoles la sensación de estar en un lugar en tercera dimensión generado por computadora (Navarro-Haro et al., 2017). Serra-Pla et al. (2017) utilizaron un tratamiento de mindfulness a través de la realidad virtual en formato individual. Consistió de 4 sesiones

semanales de 30 minutos, con cuatro módulos distintos. Se utilizaron diferentes escenarios para realizar distintas prácticas del mindfulness, como respiración profunda y meditación. Esta combinación de tratamiento podría ser eficaz, efectiva y eficiente para mejorar los síntomas de los pacientes con TDAH, debido a su brevedad, bajo costo y adecuada adherencia del paciente al tratamiento.

3 Pregunta de Investigación

Pese a que hay una amplia literatura sobre TDAH, las investigaciones se han centrado en estudiar este fenómeno en población infantil, por lo que hay poca literatura acerca de qué pasa con los adultos con TDAH y acerca de intervenciones orientadas a un cambio terapéutico (Canu y Wymbs, 2015), siendo éste un campo emergente. En este estudio se hará una revisión sistemática de los abordajes terapéuticos basados en evidencia para el TDAH en adultos. Además, es contextualmente relevante que los profesionales de la salud estén actualizados en la literatura sobre este trastorno en adultos, ya que conocer las orientaciones terapéuticas específicas para pacientes adultos puede contribuir a un mejor tratamiento para ellos (Young y Goodman, 2016). Permite aclarar inquietudes y conocer las tendencias actuales, para así aceptar o descartar procedimientos y terapias que se emplean en el trabajo psicoterapéutico con adultos con TDAH.

Ante lo anteriormente expuesto, surge la pregunta: ¿Cuáles son los criterios de Terapia Basada en Evidencia (TBE) de los estudios sobre abordajes terapéuticos para el TDAH en adultos realizados en los últimos años?

4 Objetivos

General: Determinar qué criterios de Terapia Basada en Evidencia han usado los estudios sobre abordajes terapéuticos para el TDAH en adultos desde el año 2014 al año 2018.

Específicos:

- Organizar la información obtenida de la literatura a partir de una búsqueda mediante criterios y palabras claves de interés.
- Definir similitudes y diferencias entre los diversos abordajes terapéuticos para adultos con TDAH.
- Observar las tendencias terapéuticas más recientes y hacia dónde se dirigen las futuras investigaciones sobre abordajes terapéuticos para adultos con TDAH.

5 Propuesta metodológica

5.1 Diseño

Este estudio tiene un diseño retrospectivo, ya que se revisan artículos que han sido publicados durante los últimos 5 años, para presentar de forma sintetizada la información que responde a la pregunta de investigación planteada, lo que es una ventaja de las revisiones sistemáticas (Letelier, Manríquez y Rada, 2005). Se decidió realizar la búsqueda con predominio de artículos escritos en inglés, debido a que gran parte del contenido actualizado en los diferentes buscadores se encuentra en este idioma y existe un mayor abanico de información que en español. Luego de los procedimientos expuestos a continuación, se trabajó con 22 artículos que cumplieron con los criterios establecidos, lo que permitió contar con la información suficiente para poder desarrollar el análisis de los abordajes terapéuticos.

5.2 Instrumentos

Se desarrolló una base de datos en la aplicación Microsoft Excel para organizar la información recolectada.

La base de datos tuvo el formato de tabla de registro (Anexo 1), en donde se examinaron los artículos en función de cuáles criterios de Terapias Basadas en la Evidencia (TBE en adelante) cumplieran con los criterios de elegibilidad de la revisión, para posteriormente analizar los resultados y organizar la información pertinente. La TBE es un método que permite determinar si las intervenciones tienen un respaldo científico (Cuevas, Talallero, Villarreal y Ayala, 2017). Los criterios de TBE considerados como relevantes para este estudio, según lo recomendado por Cuevas et al. (2017) fueron:

- Grupos control y experimental: al haber grupos control y experimental se pueden comparar los resultados entre sí y verificar la efectividad de la intervención de interés.
- Criterios de inclusión y exclusión: se refiere a que debería haber una estricta selección de los participantes de la investigación, por medio de la definición de los criterios de inclusión y de exclusión al estudio.
- Asignación aleatoria: se refiere a que es adecuado randomizar a los participantes a los grupos de tratamiento y control, para así precisar factores espurios que pudieran influir en el cambio de conducta que se reporte postratamiento.
- Técnicas sistematizadas: las técnicas del procedimiento deberían estar organizadas y sistematizadas mediante un manual o protocolo donde se especifique en detalle en qué consistió la intervención.
- Medidas estandarizadas: los resultados deben ser medidos mediante instrumentos previamente estandarizados.

- Conducta esperada a ser modificada esté especificada: debe explicitarse la conducta que se espera que pueda ser modificada con la intervención.

5.3 Procedimiento

El método fue el establecido en la literatura como el adecuado para realizar una revisión sistemática. Denyer y Tranfield (2009) definen la revisión sistemática como un procedimiento que identifica los estudios existentes, selecciona y evalúa sus aportes, analiza y sintetiza datos, además de reportar la evidencia que permita concluir qué se sabe y qué no. Los pasos que se deben seguir según Khan, Kunz, Kleijnen y Antes (2003) son:

1. Especificar las interrogantes para realizar la revisión
2. Identificar trabajos relevantes
3. Evaluar la calidad de los estudios
4. Resumir la evidencia
5. Interpretar los resultados

5.3.1 Fases de investigación

Se dividió la primera etapa de la investigación en 4 fases, como lo indica la figura 1, donde se esquematiza el proceso con el número de artículos seleccionado y el número de criterios que se consideró durante la investigación.

Fase 1:

Para realizar la búsqueda, se definieron las palabras clave *psychotherapy*, *ADHD*, *treatment* y *adult*. Se eligieron fuentes electrónicas en donde se evidenciara abundancia de

Figura 1. Fases de investigación de la revisión sistemática



Figura 1. Se representan las fases de investigación en este estudio. n=cantidad de artículos, WOS=Web of Science.

artículos disponibles y que estuvieran relacionados con los criterios específicos de búsqueda. Por ello, los motores de literatura científica a utilizar fueron: Google Scholar, EBSCOhost, Science Direct y Web Of Science (WOS).

Con posterioridad, se seleccionaron los artículos publicados desde el año 2014 hasta 2018 y que cumplieran con los criterios de TBE que se escogieron como relevantes. Los

criterios de TBE se dividieron en 3 grupos según la temática: pacientes, grupo y método (Figura 2). Respecto al criterio de los *pacientes*, se subdivide entre aquellos que participaron de forma voluntaria y aquellos que recibieron un tratamiento gratuito. El criterio de *grupo* se dividió en: existencia de grupo control y experimental, si había criterios de inclusión y exclusión, si hubo homogeneidad en la muestra grupal y si existió una asignación aleatoria a los mismos. Finalmente, en el criterio de *método* se contempló el uso de método ciego, técnicas sistematizadas, existencia de terapeutas expertos a cargo de las intervenciones terapéuticas, si se emplearon medidas estandarizadas para evaluar los resultados, si se especificó qué conducta se esperó que fuera modificada con el tratamiento, qué tipo de terapia se usó y si es que hubo uso de fármacos dentro de ella.

Como criterio de exclusión se consideró que los participantes fueran niños(as), que el estudio haya sido publicado antes del año 2014 y que la publicación fuera un metaanálisis, ya que esta revisión buscaba analizar estudios en particular.

Fase 2:

En esta fase se realizó la búsqueda en las plataformas mencionadas. En la primera subfase, se buscó en el buscador Web Of Science (WOS). Se procedió a ingresar las siguientes palabras al buscador: *psychotherapy*, *ADHD*, *treatment* y *adult*. Posteriormente, se filtraron los resultados, de forma tal que sólo se mostrarán aquellas investigaciones que fueron publicadas en los últimos 5 años. Ingresando las palabras clave, se obtuvieron 43 resultados, de los cuales 8 cumplieron con los diversos criterios planteados anteriormente. Se descartaron aquellos resultados que se relacionaban con terapias únicamente farmacológicas o como terapia principal a implementar, publicaciones relacionadas con el TDAH en niños y en

adolescentes y revisiones bibliográficas. Algunas revisiones bibliográficas del TDAH se tomaron como referencia al momento de realizar la revisión, pero no se agregaron en la base de datos como tal.

Posteriormente, en una segunda subfase, se buscó en Science Direct. Se procedió a ingresar las siguientes palabras clave al buscador: *psychotherapy*, *ADHD*, *treatment* y *adult*. Se filtraron los artículos publicados desde el año 2014 en adelante. Los criterios de búsqueda no dieron el resultado esperado y aparecieron artículos poco pertinentes para esta investigación, por lo que no se incluyó ningún artículo de esta fuente.

En la tercera subfase, se buscó en EBSCOhost. Se procedió a ingresar las siguientes palabras al buscador: *psychotherapy*, *ADHD*, *treatment* y *adult*. Se filtraron posteriormente los resultados, de forma tal que mostraran sólo aquellos trabajos realizados entre los años 2016 y 2018. Ingresando las palabras clave, se obtuvieron 2.230 resultados. Durante la búsqueda, se descartaron aquellos estudios que se relacionaban con el TDAH en niños, tratamientos únicamente farmacológicos y revisiones bibliográficas o sistemáticas. Entre los resultados que se obtuvieron, 8 estudios presentaron los criterios de TBE para EBSCOhost que se analizaron en esta investigación.

En la cuarta subfase, se buscó en Google Scholar, en donde se procedió a ingresar las siguientes palabras claves: *psychotherapy*, *ADHD*, *treatment* y *adult*. Posteriormente, se filtraron los resultados con el fin de que sólo se mostraran publicaciones hechas durante los años 2014 y 2018. Ingresando las palabras clave, se obtuvieron 15.100 resultados. Se revisaron las primeras 7 páginas de resultados por presentar los más relevantes. Se escogió entre 70 artículos los más pertinentes, descartando los artículos que ya habían sido incluidos en las fases anteriores. Además, se descartaron artículos relacionados con TDAH en niños,

tratamientos farmacológicos y revisiones bibliográficas. De los resultados que se obtuvieron, se seleccionaron 6 estudios.

Fase 3:

En total, 22 artículos fueron seleccionados entre los 4 motores de búsqueda que se utilizaron. Los artículos fueron organizados en un archivo Excel, donde la información se organizó según la fuente de origen. Se agregaron categorías para facilitar la identificación de las investigaciones, como el año de publicación, para así tener un registro ordenado de los artículos seleccionados.

Selección de criterios de TBE a utilizar:

Se decidió hacer una segunda selección de los 13 criterios establecido en un principio, ya que mientras se hacía la lectura de los artículos, se evidenció que algunos criterios tenían mayor importancia para determinar la calidad del estudio. Así mismo, algunos criterios estaban presentes en todos los artículos, mientras que otros no estaban explicitados o estaban presentes en sólo algunos estudios. Es por ello, que se decidió filtrar los criterios iniciales para refinar la selección de artículos según la relevancia que tenían y así determinar la calidad de los abordajes terapéuticos basados en evidencia que se mostraba en los artículos (Figura 2).

Se conservaron 6 de los criterios que habían sido formulados previamente: Control/experimental, existencia de criterios inclusión/exclusión, aplicación de aleatorización en los grupos, uso de técnicas sistematizadas, resultados evaluados con procedimientos estandarizados y que se indique qué conducta se espera que sea modificada. En cuanto a los criterios que no fueron incluidos en la nueva versión de la base de datos, se encuentra el criterio general de pacientes, presencia o ausencia de método ciego, la existencia de terapeutas

expertos y si existía o no homogeneidad en los grupos. El criterio del tipo de psicoterapia, pese a no ser considerada de forma definitiva en la base de datos, sirvió de orientación al momento de organizar y entender el principal abordaje terapéutico empleado en cada artículo.

Figura 2. Criterios de análisis de Terapias Basadas en la Evidencia (TBE)

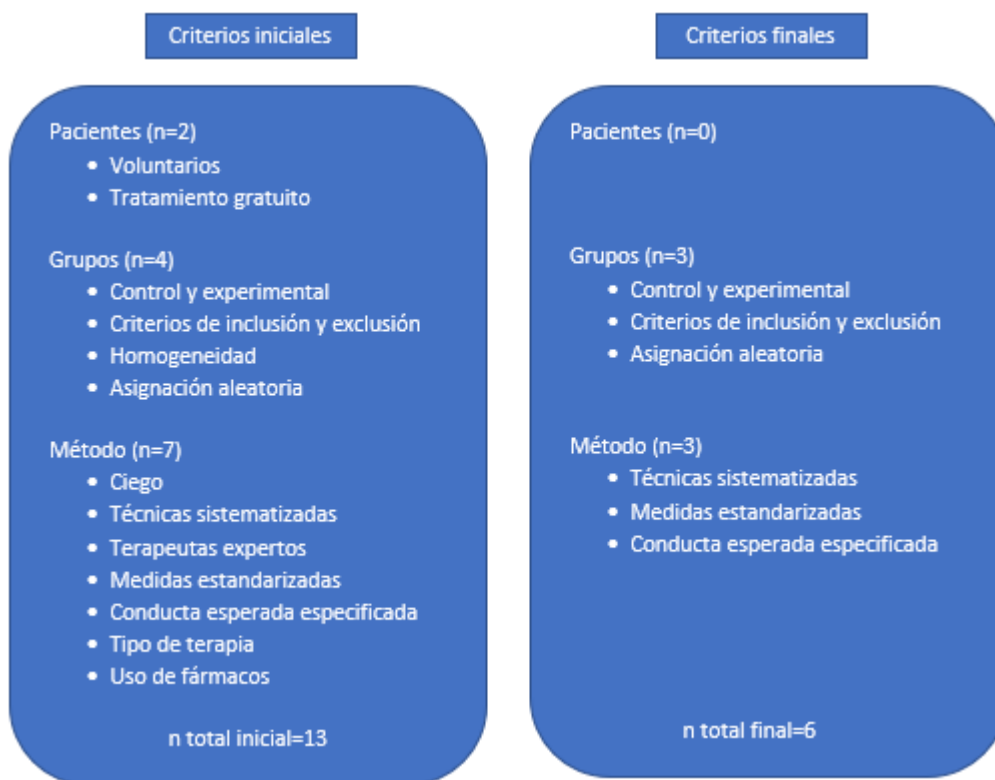


Figura 2. Se representa el cambio que se hizo en la cantidad de criterios utilizados. n=cantidad de criterios.

6 Resultados

Tras analizar los 22 artículos, los resultados de la tabla de chequeo muestran que los criterios de TBE están presentes en la mayoría de los artículos, como lo muestra la figura 3. De los 6 criterios, hubo 4 que están en todos los estudios revisados: criterios de inclusión y exclusión, técnicas sistematizadas, resultados con medidas estandarizadas y la conducta que se

espera sea modificada con la intervención esté indicada. Acerca de los grupos control y experimental, sólo 15 de los 22 artículos lo consideraron en su método, mientras que sólo 11 asignaron a los participantes de forma aleatoria a los grupos.

Figura 3. Cantidad de artículos que presentan los criterios finales de TBE

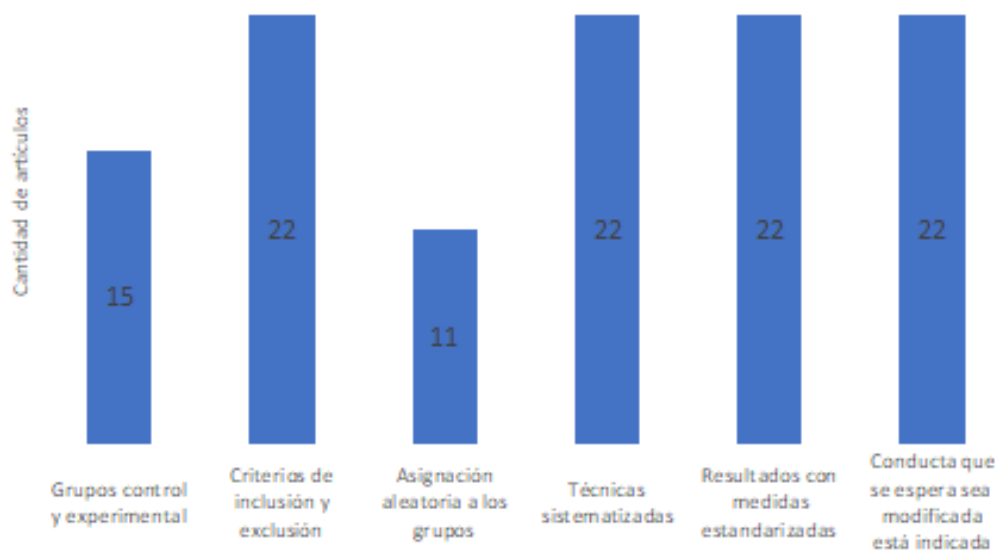


Figura 3. Se representa el número de artículos que usó cada criterio final de TBE en este estudio. TBE= Terapias Basadas en Evidencia.

A continuación, se presentan los resultados de la información analizada en los artículos, organizada según los criterios finales de TBE:

6.1 Según los grupos

6.1.1 Grupo control y experimental

Varios artículos compararon los resultados del grupo experimental con un grupo control. En la investigación de Shaikh (2017) participaron 54 estudiantes universitarios con

TDAH. La mitad (n=27) fue seleccionada para el grupo experimental, quienes recibieron una terapia grupal interpersonal por 12 semanas. El grupo control estuvo formado por las otras 27 personas. Ambos grupos se emparejaron por edad y género. En el estudio de Huang, Qian y Wang (2015), hubo 3 grupos, divididos en 2 experimentales y 1 control: TCC (terapia cognitivo conductual), TCC con sesiones potenciadoras y un grupo de espera. Aquí se hicieron comparaciones, tanto entre las intervenciones como con el grupo control.

En otros artículos, existió la condición de someter a todos los grupos a intervenciones para luego compararlos entre sí, por lo que hubo un grupo considerado como experimental, por estar sometido a la intervención con el tratamiento de interés y otro grupo control, que fue sometido a una intervención diferente. En Hoxhaj et al. (2018), hubo 2 grupos que fueron sometidos a distintos tratamientos para luego ser comparados. Uno de ellos fue un Programa de Entrenamiento en Mindfulness (Mindfulness Training Program-MAP, en inglés) y el otro fue Psicoeducación Estructurada (Structured Psychoeducation-PE, en inglés). En el estudio de Fleming et al. (2015) hubo 2 grupos intervenidos, donde uno fue expuesto al entrenamiento de habilidades grupal DBT (Dialectical Behavior Therapy) y el otro a recibir folletos de entrenamiento de habilidades autoguiado. En el caso de Bachmann et al. (2018), pese a que ambos grupos se sometieron a distintos tratamientos, se informó que uno era un grupo control activo que pasó a recibir psicoeducación orientada al TDAH, mientras que el grupo experimental recibió una intervención de mindfulness por 8 semanas.

Algunos estudios usaron como grupo control a pacientes provenientes de una lista de espera. En Cole et al. (2016) se usó como grupo experimental a 49 pacientes, quienes fueron sometidos a un entrenamiento de habilidades, mientras que el grupo control incluyó a 13 pacientes con TDAH de una lista de espera, a quienes se les entregó psicoeducación respecto

al TDAH. En el estudio de Pettersson, Söderström, Edlund-Söderström y Nilsson (2014), el grupo control estuvo formado por los participantes que quedaron en lista de espera (n=18). En el estudio de Zinnow et al. (2018), el grupo control fueron participantes que habían quedado en lista de espera y que tenían la posibilidad de recibir el tratamiento empleado en el grupo experimental, conocido como TASH o autoayuda asistida por teléfono, luego de 3 meses.

Otros estudios consideraron como grupo control a aquellos pacientes que siguieron usando el tratamiento habitual para TDAH. En el estudio de Serra-Pla et al. (2017) se utilizó como grupo control a quienes siguieron el tratamiento habitual con metilfenidato, mientras que el grupo experimental fue sometido a mindfulness a través de realidad virtual. También es el caso de Young et al. (2016), donde los 95 adultos con TDAH que participaron fueron tratados con medicación y repartidos aleatoriamente. Los participantes podían recibir el programa cognitivo conductual R&R2ADHD (Young y Ross, 2007), que es una versión revisada del programa de entrenamiento de competencias prosociales “Reasoning and Rehabilitation” (Tong y Farrington, 2006). También podían ser asignados al grupo que recibía un tratamiento usual (grupo control), donde se entregó tratamiento farmacológico y no farmacológico. Esta modalidad también fue usada en Dittner, Hodsoll, Rimes, Russell y Chalder (2017), ya que el estudio contó con un grupo experimental de TCC en conjunto con el tratamiento usual, mientras que el grupo control recibió únicamente el tratamiento usual. También ocurrió esta situación en el trabajo de Janssen et al. (2018), donde el grupo control estaba formado por aquellos que recibían el tratamiento habitual para el TDAH en los Países Bajos, mientras que el grupo experimental, además de recibir el tratamiento habitual, recibieron terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT). Posteriormente, al grupo control se le ofreció recibir MBCT. En el caso de Hirvikoski et al. (2017), el grupo control recibió el

tratamiento habitual mientras estaban en lista de espera y el grupo experimental recibió la intervención del programa PEGASUS. La metodología aplicada en estos estudios, buscaba identificar si otra terapia era capaz de lograr beneficios similares o superiores a los obtenidos mediante la terapia farmacológica. En el mismo sentido, se buscó establecer si la asociación de terapia psicológica con farmacológica permitía obtener mejores resultados, en comparación con sólo recibir terapia farmacológica. Los resultados establecen preliminarmente que esta asociación es significativamente beneficiosa (Dittner et al., 2017).

En contraste a los estudios donde el grupo control usó terapia farmacológica, existen otros en donde no la usaron. En Philipsen et al. (2015) el grupo control fue no farmacológico de manejo clínico. Los participantes en manejo clínico individual (MC) recibieron asesoría no especificada, en 12 sesiones individuales de 15 a 20 minutos, seguidas por 10 sesiones mensuales durante 52 semanas.

En algunos estudios, hubo grupo experimental pero no hubo grupo control (Morgensterns, Alfredsson y Hirvikoski, 2015; Eddy et al., 2015; Edel et al., 2014; LaCount, Hartung, Shelton, Clapp y Clapp, 2015; Nasri et al., 2017; Wang et al., 2016; Mayer, Blume, Wyckoff, Brokmeier y Strehl, 2016; Hirvikoski, Waaler, Lindström, Bölte y Jokinen, 2015). En general, porque eran estudios que estaban en una fase exploratoria de la intervención o contaban con pocos participantes, como en Eddy et al. (2015) donde se realizó la investigación con 4 personas.

6.1.2 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión son las características que deben tener los participantes para ser parte de los estudios (Lam, 2005). Ejemplo de ello es ser mayor de edad, tener una

patología de interés diagnosticada y entender el idioma en que se llevará a cabo el estudio. Por otro lado, los criterios de exclusión son las características que, en caso de estar presentes, no se incorpora a los participantes como parte de la muestra del estudio respectivo (Lam, 2005). Por ejemplo, tener daño cerebral, sufrir algún trastorno de ansiedad y/o ser parte de una intervención psicoterapéutica al momento de ejecutarse el estudio.

Pettersson et al. (2014) establecieron como criterio de exclusión: trastorno bipolar, dislexia, participar en otro tratamiento psicológico en curso, existencia de medicación inestable y el no cumplimiento con los criterios diagnósticos de TDAH. De esta forma, quedaron excluidas 13 personas, de un total de 58 que fueron evaluadas para la participación en la terapia. Por otra parte, no explican de manera clara los criterios de inclusión. Caso contrario fue el trabajo de Edel et al. (2014), quienes explican claramente los criterios de inclusión, determinando que los participantes cumplieran con los criterios diagnósticos de TDAH. En cuanto a los criterios de exclusión, se encuentra que el participante presente un episodio depresivo moderado o mayor, trastorno bipolar I, historial de trastornos psicóticos, ansiedad generalizada o trastorno de pánico, ya sea con o sin agorafobia. Esto mismo se repite en el caso de Janssen et al. (2018), ya que como criterios de exclusión, se consideró que los participantes hayan presentado recientemente episodios maníacos, diagnóstico de personalidad limítrofe o de conducta antisocial, trastorno depresivo con síntomas de suicidabilidad, enfermedad del espectro autista, dificultades cognitivas, problemas vocales, participación previa en otras terapias de mindfulness e incapacidad para responder los cuestionarios en holandés. En este caso, los criterios de inclusión no se informan explícitamente, como lo ocurrido en el trabajo de Pettersson et al. (2014). El énfasis hecho por estos estudios fue excluir aquellos trastornos psicológicos que pudieran operar como variables confundentes

para los resultados de las intervenciones testeadas en las investigaciones mencionadas.

En el estudio de Nasri et al. (2017), las personas fueron excluidas del estudio por usar drogas ilícitas o alcohol 3 meses antes de la línea base, estableciéndolo vía auto-reporte o exámenes de orina. También se excluyeron las personas con un coeficiente intelectual (CI) ≤ 70 , daño cerebral, inestabilidad psiquiátrica o conductas y pensamientos suicidas, diagnóstico de depresión realizado previamente por un psiquiatra o psicólogo y participación actual en otras terapias para el control de síntomas del TDAH. En esta investigación, se le otorgó relevancia al consumo de sustancias ilícitas y al coeficiente intelectual de los participantes.

Otra investigación que consideró al coeficiente intelectual como criterio de inclusión o exclusión, es la realizada por Hirvikoski et al. (2015), donde los criterios de inclusión eran: tener un CI ≥ 70 , tener TDAH como diagnóstico primario, tener 18 o más años y la posibilidad de participar con al menos un adulto significativo. En cuanto a los criterios de exclusión, se encuentra: abuso de sustancias durante los últimos 3 meses, déficit cognitivo con CI ≤ 70 , daño orgánico cerebral, autismo, suicidabilidad, trastornos psiquiátricos (como psicosis) y problemas psicosociales (como no tener domicilio). El tratamiento farmacológico en curso no fue razón para exclusión. Los anteriores criterios de inclusión y exclusión también se consideraron para el estudio de Hirvikoski et al. (2017). La única diferencia en los criterios fue que, en el trabajo realizado en 2017, se informa que la participación en cualquier otra intervención psicosocial ya no era criterio de exclusión, pese a que en el trabajo de 2015 no se explicitó que éste era un criterio de exclusión.

Por otro lado, Bachmann et al. (2018), consideraron como criterios de inclusión: tener

entre 18 y 65 años, CI >85, haber sido diagnosticado con TDAH con subtipo combinado o subtipo de inatención de acuerdo con los criterios del DSM-IV, no estar consumiendo medicamentos para el TDAH (como estimulantes o atomoxetina) y no haber recibido tratamiento psicoterapéutico en los últimos 3 meses. En cuanto a los criterios de exclusión, se consideró padecer esquizofrenia, abuso de sustancias, autismo, conductas autolesivas, suicidabilidad y trastornos neurológicos.

En el estudio realizado por Dittner et al. (2017), respecto a los criterios de inclusión, se estableció un máximo de edad como criterio, ya que los participantes debían tener entre 18 y 65 años de edad, a diferencia de otros trabajos. Además, que hayan sido diagnosticados con TDAH durante la infancia o la adultez por profesionales, puntajes ≥ 6 en las subescalas de inatención o de hiperactividad/impulsividad de la Escala de Síntomas Presentes de Barkley en Adultos y un puntaje ≥ 4 en la Escala Clínica de Impresión Global. Se excluyó a aquellas personas que no tenían TDAH como diagnóstico principal, que hubieran consumido drogas o alcohol en los últimos 3 meses, con episodio reciente de ansiedad o depresión mayor, riesgo autolesionarse, daño cerebral, haber sido diagnosticado con trastorno de personalidad, CI verbal <80, que no puedan asistir regularmente a las sesiones, que estén participando de otro programa para el tratamiento del TDAH, que no sean capaces de manejar el idioma inglés con facilidad y en caso de estar consumiendo medicamentos, tenía que haberse estabilizado con una dosis o fármaco en un periodo inferior a 3 meses. El último criterio mencionado se eliminó después por medio de un comité. En este trabajo se vuelve a marcar como criterio que los participantes entiendan el idioma en que se implementa el tratamiento, así como también el coeficiente intelectual, como fue en los estudios de Hirvikoski et al. (2015), Hirvikoski et al. (2017) y Nasri et al. (2017).

Young et al. (2016), informan que podían participar mayores de 18 años, con un diagnóstico actual de TDAH y medicación prescrita para el TDAH por al menos un mes, la que debía seguir siendo administrada en su dosis recomendada. En cuanto a los criterios de exclusión, se encuentra: tener enfermedades mentales graves, como trastornos psicóticos, ideación suicida, trastornos alimenticios, consumo de drogas y deterioro intelectual. Los criterios de exclusión se determinaron mediante el historial médico de los pacientes y una evaluación de referencia hecha por profesionales. De un total de 187 personas, 95 fueron seleccionadas para participar.

Zinnow et al. (2018) consideraron que para ser incluidos, los participantes debían tener entre 16 y 45 años, diagnóstico de TDAH, consentimiento informado por parte de un cuidador y evaluación por medio de una entrevista clínica. En cuanto a los criterios de exclusión, se consideró tener algún trastorno psiquiátrico como esquizofrenia, bipolaridad, personalidad antisocial, consumo de psicotrópicos u otros medicamentos para el TDAH durante las últimas 4 semanas, consumo de alcohol o drogas, embarazo, estar en etapa de lactancia, dificultad para comprender el idioma alemán, enfermedad cardíaca y epilepsia. Las condiciones comórbidas, como depresión moderada o trastornos de conducta, no fueron causal de exclusión.

En el estudio de Hoxhaj et al. (2018), se incluyó a los adultos que tuvieran un diagnóstico de TDAH, que no estuvieran consumiendo medicamentos para tratarlo (ni estimulantes ni atomoxetina) y que no hubieran recibido psicoterapia en los 3 meses previos al estudio ni durante él. Dentro de los criterios de exclusión, está la presencia de esquizofrenia, trastorno bipolar tipo I, dependencia actual de sustancias, autismo, suicidalidad aguda, conductas autolesivas y trastornos neurológicos.

En el estudio de Serra-Pla et al. (2017), se usaron como criterios de inclusión: 18-65 años, diagnóstico de TDAH sin tratamiento en la actualidad (> 6 meses) y que accedieran a participar tanto en el tratamiento como en el seguimiento. Dentro de los criterios de exclusión se consideró: déficit intelectual, patología orgánica grave o condición médica que afecte a su rendimiento cognitivo y tener alguna condición médica peligrosa para usar la realidad virtual, como embarazo, hipertensión, vértigo, infecciones de oído, operación quirúrgica reciente y enfermedad cardiovascular.

En el estudio de Cole et al. (2016), los pacientes fueron adultos con TDAH. Se asignaron a la psicoterapia si es que tenían poca, nula o mala respuesta a los medicamentos. En el grupo control, quedaron los pacientes que estaban en la lista de espera del centro de tratamiento para el TDAH donde trabajan los autores.

Mayer et al. (2016), consideraron como criterios de inclusión que los participantes tuvieran entre 18 a 60 años y un CI >80. En cuanto a los criterios de exclusión, se determinó que quedaban fuera las personas con trastornos neurológicos, enfermedades psiquiátricas de alto impacto, trastornos psiquiátricos distintos al TDAH y enfermedades físicas o crónicas.

Shaikh (2017) consideró como criterios de inclusión que los participantes tuvieran un diagnóstico de TDAH, registrado acorde a estándares de servicios de discapacidad del campus donde pertenecían. Además, se consideró tener disponibilidad horaria e interés en mejorar las relaciones sociales y/o autoestima. Por otro lado, se consideraron como criterios de exclusión, tener dificultades para asistir a un mínimo de 11 de las 22 sesiones que se realizarían, además de dificultad para seguir las reglas establecidas por los grupos y facilitadores.

Algunos trabajos hicieron énfasis en lesiones corporales que puedan tener los participantes, como lo fue el caso de Wang et al. (2016), donde se consideró como criterios de

inclusión no tener antecedentes de traumatismo craneal o enfermedades graves psíquicas o cerebrales. Además, que pudieran escribir con la mano derecha y que hayan obtenido puntajes >80 en la escala Wechsler de adultos, adaptada a la población china. Respecto a los criterios de exclusión, no se informaron de forma explícita.

En el estudio de Morgensterns et al. (2015), los criterios de inclusión fueron: TDAH como principal diagnóstico del neurodesarrollo y edad ≥ 18 años. Además, si el paciente estaba en tratamiento con psicoactivos, debía haber consumido de forma estable por al menos 1 mes medicamentos para el TDAH y 3 meses si eran otros medicamentos. Los criterios de exclusión fueron: abuso de sustancias durante los últimos 3 meses, retardo mental diagnosticado, daño orgánico cerebral, trastorno del espectro autista y suicidalidad. Además, se excluyeron todos aquellos con circunstancias psicosociales clínicamente inestables o condiciones psiquiátricas que pudieran interferir con la adherencia al tratamiento, como estar en situación de calle, tener depresión severa, psicosis o trastorno bipolar sin tratamiento farmacológico estable y participación reciente en un entrenamiento de habilidades basado en terapia conductual dialéctica para adultos con TDAH.

En el estudio de Eddy et al. (2015), se reclutó a 4 estudiantes universitarios con diagnóstico de TDAH. Las edades estaban entre 19 y 25 años. No se especifican los criterios de exclusión. Otro estudio en donde se prefirió trabajar con estudiantes y dejarlo en claro en sus criterios de inclusión fue en LaCount et al. (2015), donde los criterios de inclusión consideraron que los pacientes fueran estudiantes universitarios y que tuvieran TDA o TDAH. Se excluyeron aquellos que tuvieran dependencia de sustancias o trastornos psicóticos. También se incluyeron estudiantes en el estudio de Fleming et al. (2015), donde los criterios de inclusión fueron ser estudiantes de pregrado entre 18 a 24 años y cumplir con los criterios

diagnósticos del DSM-V para TDAH en la adultez. Los criterios de exclusión fueron: dependencia o abuso actual de sustancias, suicidalidad activa, cambio reciente en medicación para el TDAH, episodio depresivo mayor e historial de trastorno psicótico, bipolar o generalizado del desarrollo.

En el estudio de Huang et al. (2015), respecto a los criterios de inclusión se determinó que podían participar pacientes externos del Peking University Sixth Hospital, diagnosticados con TDAH a través de la Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview (Epstein y Johnson, 2001), basada en el DSM-IV. También se esperaba que participaran pacientes que hayan estado con medicamentos para TDAH de forma estable en los últimos 2 meses o que no hayan sido medicados previamente. En cuanto a los criterios de exclusión, se determinó que no podían participar mayores de 40 años, quienes tuvieran depresión severa mayor, trastorno de pánico clínicamente significativo, trastorno bipolar, trastornos mentales orgánicos, trastornos psicóticos y trastornos generalizados del desarrollo. También quedaron excluidas las personas con riesgo suicida, condición física inestable que necesite tratamiento médico previo al TDAH y quienes hayan tenido participación en otras terapias psicológicas.

En comparación a las investigaciones descritas con anterioridad, aquella que determinó el mayor número de criterios de exclusión fue el de Philipsen et al. (2015), quienes establecieron como criterio de exclusión tener un CI <85, de acuerdo a un puntaje inferior a 17 puntos en un test de vocabulario e inteligencia: el Multiple-Choice Vocabulary Intelligence Test (MWT). Además, poseer historial de abuso de sustancias en un periodo inferior a 6 meses antes de iniciar la terapia y como única excepción, se aceptó consumir de manera esporádica. También quedaron fuera aquellas personas que sufrían de epilepsia, glaucoma, diabetes mellitus, hipertensión arterial descontrolada, patologías cerebrales detectadas por

encefalograma, historial de taquicardias y arritmias, angina pectoral, próstata agrandada, esquizofrenia, personalidad limítrofe, personalidad antisocial, autismo, suicidabilidad, tics, enfermedad de Tourette, trastorno bipolar afectivo, antecedentes de accidentes cerebrovasculares, trastornos alimenticios como bulimia y anorexia o índice de masa corporal IMC inferior a 19, participar de otro tratamiento psicofarmacológico, medicación para el TDAH o con estimulantes 6 meses antes de iniciar el tratamiento en terapia, hipersensibilidad al metilfenidato, incapacidad para comprender el estudio, embarazo o planeación de él, estar en período de lactancia, falta de voluntad o incapacidad para seguir el protocolo del estudio y haber participado en otro ensayo en los últimos 3 meses. En cuanto a los criterios de inclusión, Philipsen et al. (2015) determinó que los participantes fueran diagnosticados con TDAH de acuerdo a los criterios DSM-IV, tener entre 18 y 60 años, hablar alemán de forma fluida, curso crónico de TDAH desde la infancia, entrega de consentimiento informado, puntaje sobre 30 en la versión corta de la Wender Utah Rating Scale, resultados de laboratorio recientes sin alteraciones y si es que se aplicó un test de embarazo, debe haber sido máximo 2 semanas antes de la aleatorización. En el estudio participaron tanto hombres como mujeres.

Los criterios utilizados por los estudios fueron muy diversos, aunque algunos fueron considerados por varios estudios. En la figura 4, se representa la cantidad de artículos que usaron los criterios de inclusión mencionados previamente, según lo explicitado en las investigaciones. Dentro de los criterios de inclusión más utilizados, se consideró tener un diagnóstico de TDAH y ser mayor de 18 años. Del mismo modo, en la figura 5 se grafica la cantidad de artículos que usaron los criterios de exclusión, agrupados según la temática que abordan para simplificar la representación. Dentro de los criterios de exclusión más utilizados,

se encuentran los siguientes: suicidalidad, uso de drogas y presentar esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

A un nivel de diferenciación entre criterios de inclusión y exclusión, estos últimos hacían mayor énfasis en condiciones médicas, comorbilidades, consumo de sustancias y aspectos sociales. En cambio, los criterios de inclusión se basaron principalmente en la edad y en que el paciente haya sido diagnosticado con TDAH.

Figura 4. Artículos que usan los criterios de inclusión explicitados

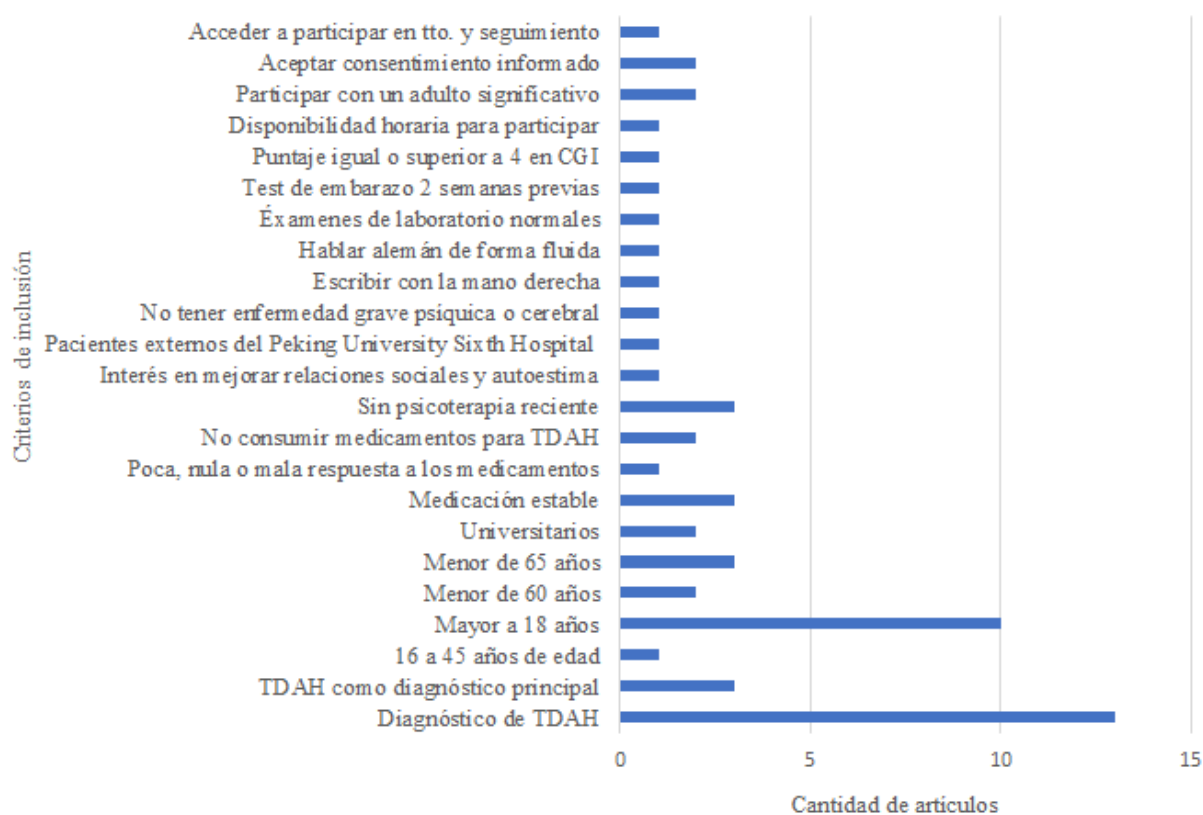


Figura 4. Se muestran los criterios de inclusión reportados por los artículos analizados. tto=tratamiento.

Figura 5. Artículos que usan los criterios de exclusión explicitados

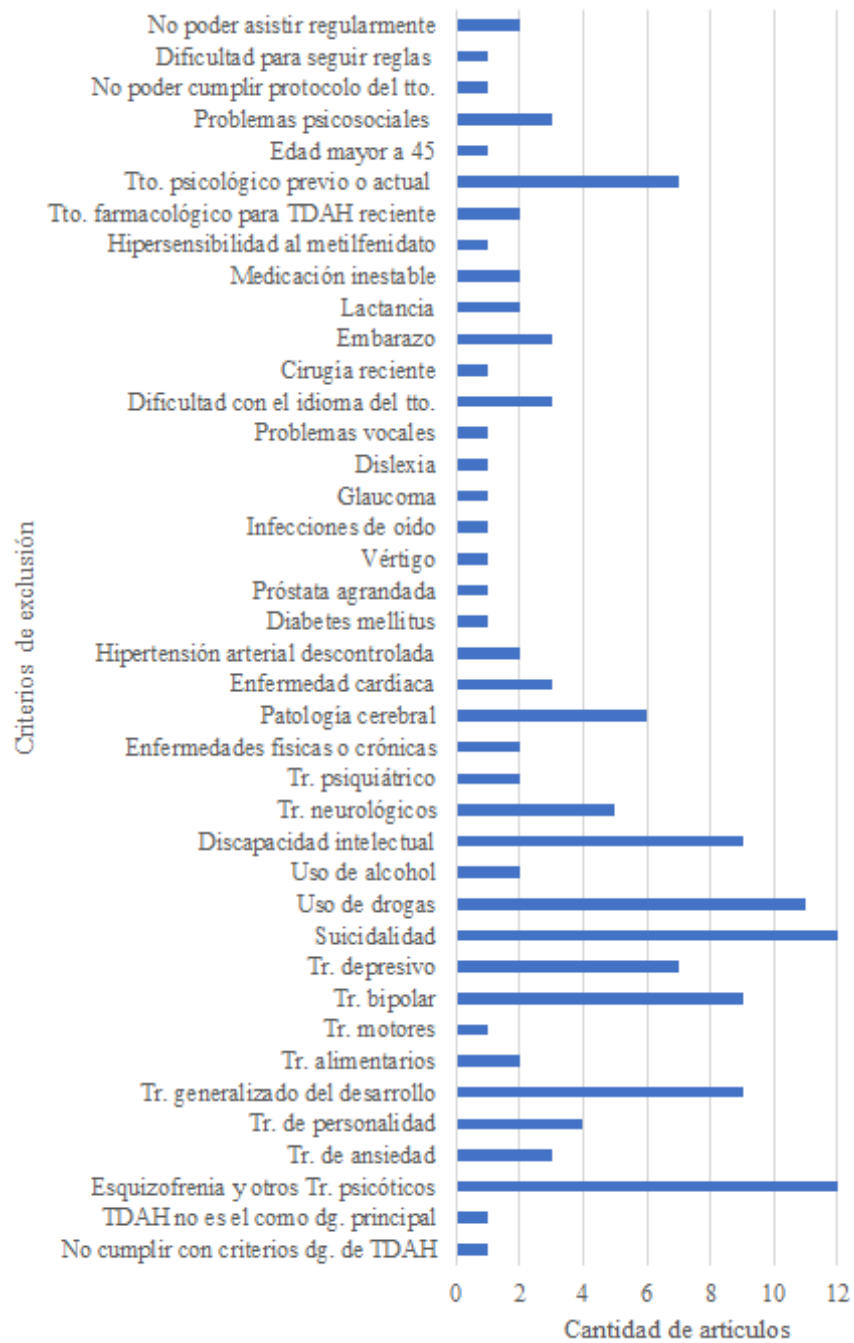


Figura 5. Se muestran los criterios de exclusión reportados por los artículos analizados. Tto= tratamiento, Tr.=trastorno, dg=diagnóstico.

6.1.3 Asignación aleatoria a los grupos

Hay varios artículos que usaron una asignación aleatoria para determinar qué participantes formarían parte de cada grupo. El estudio de Philipsen et al. (2015) da cuenta de un proceso de asignación aleatoria, donde 433 personas fueron distribuidas a los grupos. De este total, 107 participantes fueron seleccionados para recibir tratamiento cognitivo conductual y metilfenidato. Un segundo grupo estaba conformado por 109 personas, que recibieron tratamiento cognitivo conductual y la asignación de un placebo. El tercer grupo, de 110 personas, recibió manejo clínico y metilfenidato. Un cuarto grupo, de 107 personas, recibió manejo clínico junto con un placebo.

En cuanto al artículo de Pettersson et al. (2014), se estableció una asignación aleatoria en donde de 45 personas que fueron seleccionadas para la participación en terapia, 14 fueron destinadas a un grupo de autoayuda de TCC vía internet y sin reuniones, 13 fueron derivadas a un grupo de autoayuda de TCC vía internet, con una sesión en grupo por semana y las 18 personas restantes fueron derivadas a una lista de espera.

En Hirvikoski et al. (2015) aún no se realizaba una aleatorización, ya que buscaban recibir retroalimentación de los participantes para poder mejorar el programa PEGASUS, antes de realizar un estudio randomizado. Posteriormente, en el estudio de Hirvikoski et al. (2017) se pudo realizar la aleatorización, en donde los pacientes fueron distribuidos luego de las primeras mediciones. Fueron seleccionados de forma aleatoria, ya sea para el grupo que iba a recibir el programa PEGASUS o para el grupo que recibiría un tratamiento usual (TAU). La aleatorización se realizó en forma de sorteo.

Zinnow et al. (2018) indicó que como primer paso, los pacientes se aleatorizaron de forma equitativa en alguno de los dos tratamientos activos o en el grupo control, misma

situación que ocurrió en Huang et al. (2015), donde hubo asignación aleatoria a los 3 grupos.

En el estudio de Serra-Pla et al. (2017), se usaron dos grupos aleatorios simples, uno sometido al tratamiento tradicional y otro al de mindfulness con realidad virtual. En Young et al. (2016), los participantes fueron distribuidos de forma aleatoria a dos grupos TCC/MED o TAU/MED. En el estudio de Hoxhaj et al. (2018), los pacientes fueron asignados de forma randomizada al grupo de tratamiento con MAP o al de PE. En el estudio de Fleming et al. (2015), 33 estudiantes con TDAH fueron asignados de forma randomizada al entrenamiento de habilidades DBT grupal o a recibir folletos de entrenamiento de habilidades autoguiado.

Hay artículos que describen en detalle el proceso de aleatorización por computadora. En el realizado por Janssen et al. (2018), la aleatorización se realizó mediante un sitio web desarrollado especialmente para el estudio y encargado a un profesional con conocimiento de estadística. Las personas fueron estratificadas por el centro, mediante asignación al azar en bloques, con diferentes tamaños de bloques predefinidos y combinados, con algunos criterios de afirmación o negación sobre participación previa en otros procesos de psicoeducación, consumo de medicamentos para TDAH, subtipo de TDAH (combinado/hiperactivo - impulsivo/inatento) y género. Luego de las evaluaciones iniciales, se informó el grupo que le correspondía a cada uno. Los 120 participantes podían quedar en el grupo de Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (60) o en el grupo TAU (60). Bachmann et al. (2018), utilizó aleatorización por medio de una secuencia generada por computadora, con ayuda de un investigador independiente, donde 37 personas fueron distribuidas al grupo de intervención en Mindfulness y 37 al grupo de Psicoeducación. En Dittner et al. (2017), se usó un procedimiento de aleatorización donde los participantes fueron asignados al azar a uno de los dos grupos establecidos: TCC y el tratamiento empleado usualmente. Se usaron tablas de

aleatorización generadas por secuencias y bloques de longitud fija-oculta que se estratificaron por género. La aleatorización fue realizada por un grupo independiente, en la institución donde se realizó la investigación (South London and Maudsley NHS Foundation Trust). Los asesores estadísticos evaluaron también a los participantes en las semanas 30 y 42, que previamente se asignaron ciegamente a los tratamientos respectivos.

Por otra parte, hay estudios que por distintas razones, no usaron una asignación aleatoria a los grupos. En la investigación realizada por Edel et al. (2014), 91 participantes fueron asignados a dos grupos: entrenamiento grupal en Mindfulness o Terapia Dialéctica Conductual orientada al entrenamiento de habilidades en grupo. Sin embargo, la asignación no fue aleatoria y finalmente, 39 fueron asignados al grupo de terapia Mindfulness y 52 al grupo de entrenamiento de habilidades. En el estudio de Cole et al. (2016) no hubo asignación aleatoria a los grupos, ya que fueron los autores quienes decidieron a quién asignar a cada grupo. En el estudio de Eddy et al. (2015) no hubo asignación aleatoria, ya que los participantes fueron reclutados a medida que solicitaban servicios en la universidad. En el estudio de LaCount et al. (2015), no hubo asignación aleatoria ya que no hubo grupo control. Así mismo, en los estudios de Nasri et al. (2017) y Mayer et al. (2016), tampoco hubo asignación aleatoria. Pese a no usar una randomización en sus estudios, hay investigadores que la consideran útil, como Shaikh (2017) y Wang et al. (2016).

También se dio la condición de no estar especificada la forma en que se asignaron los participantes a los grupos, como en el estudio de Morgensterns et al. (2015).

6.2 Según el método

6.2.1 Técnicas sistematizadas

Las técnicas sistematizadas varían dependiendo del tipo de psicoterapia. Sin embargo, existen similitudes cuando se trabaja bajo la perspectiva de un mismo tipo de terapia.

En la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness, usada por Janssen et al. (2018), se implementaron 8 sesiones semanales de 2,5 a 6 horas en silencio. El programa incluía actividades de escaneo corporal, meditación sentada, movimiento consciente junto con psicoeducación, técnicas cognitivo-conductual y discusiones grupales, practicando la conciencia plena en la vida cotidiana. Además de sesiones grupales, los participantes tuvieron que practicar los ejercicios indicados 6 días a la semana, por 30 minutos. En este tipo de terapia se hace énfasis en el presente. Esto se replica en el trabajo de Bachmann et al. (2018) y la Meditación en grupo de Mindfulness, donde sus actividades se orientaban a que tener una actitud de consciencia mental, aprendiendo a focalizar la atención en el presente y a tener una actitud de aceptación sin juzgar, para así fomentar la autorregulación y el manejo de emociones negativas. Lo anterior se pretendía lograr mediante ejercicios para la vida diaria, tareas de meditación y el trabajo en sesiones. El grupo de psicoeducación recibió una intervención que tuvo la misma duración e intensidad que el tratamiento de Mindfulness, siendo necesarias 8 sesiones semanales, donde se entregó información sobre causas, síntomas y opciones para tratar el TDAH en la adultez. Además, se hicieron actividades de técnicas de manejo de estrés, habilidades organizacionales y apoyo mutuo para situaciones cotidianas. Se usaron encefalogramas y resonancias magnéticas para evaluar los resultados. Otro estudio que se enfocó en mindfulness, fue el realizado por Hoxhaj et al. (2018), donde se utilizó un manual con los procedimientos. Para garantizar que la implementación de los programas fuera

fiel a él, las sesiones de terapia fueron grabadas en video. En la investigación de Cole et al. (2016), se implementó un programa por un año, donde los pacientes recibieron terapia individual junto a sesiones grupales semanales con diferentes módulos: por un lado, el módulo DBT que contemplaba la realización de Mindfulness, regulación emocional, efectividad personal y tolerancia a la frustración; y por otro lado, el módulo TCC de terapia cognitivo conductual, enfocado en abordar impulsividad/hiperactividad y atención.

En las terapias cognitivo conductuales, se hizo énfasis en realizar psicoeducación en las primeras sesiones sobre los síntomas del TDAH, con actividades relacionadas con los pensamientos y las concepciones, lo que posteriormente, permite un trabajo más conductual. En Nasri et al. (2017), fueron 14 semanas de tratamiento, considerando una sesión por semana con una duración de 3 horas. Se agregó entrenamiento de la comunicación y estrategias para manejar obstáculos laborales. En primera instancia, se aplicó psicoeducación sobre el TDAH con ejercicios de relajación, 2 sesiones de escaneo corporal junto con actividades para aprender a organizar tareas diarias, 2 sesiones sobre manejo de distracciones y control de estímulos; 2 sesiones de análisis de comportamiento, aprender a descubrir y cambiar patrones de comportamiento emocional; una sesión para abordar impulsividad y control de impulsos usando una técnica pantalla de cine para descubrir pensamientos, sentimientos e impulsos; una sesión de regulación de emoción y un ejercicio opcional de mindfulness para aprender acerca de emociones básicas; una sesión de habilidades de comunicación e introducción a bark boats (una actividad orientada a aumentar la conciencia de las personas sobre lo que piensan, sienten y sus impulsos); una sesión de metas personales para hacer un trabajo continuado con el tratamiento y una sesión sobre resolución de problemas, con una actividad de buda sonriente para reducir el control y la resistencia a los pensamientos y emociones.

Dentro de los estudios con TCC, está el de Wang et al. (2015), que se administró en 12 sesiones semanales de 70 minutos. Se dividió en tres módulos principales y un módulo opcional. El primero se relacionaba con la entrega de información sobre el TDAH, además de entrenamiento en planeación. El segundo buscaba enseñar habilidades para reducir la distractibilidad y el tercero se orientó a la reestructuración cognitiva. La terapia se basó en un protocolo definido (para más información consultar en Safren, 2006) y los terapeutas fueron especialistas en psicología clínica con estudios post doctorales.

En el estudio de Fleming et al. (2015), la intervención se desarrolló según el formato de entrenamiento grupal de habilidades DBT de Linehan (1993). Las habilidades se modificaron para ajustarse a este estudio. Para el grupo que recibió folletos informativos, el material se basó en un manual para el tratamiento de adultos con TDAH (para más información consultar en Tuckman, 2007).

Otros trabajos enfocados en laTCC, fueron el de Eddy et al. (2015) y el de Dittner et al. (2017). En el estudio de Eddy et al. (2015), se hicieron 8 sesiones según un protocolo abreviado de TCC, adaptado de Safren, Perlman, Sprich y Otto (2005). Mientras que en el trabajo realizado por Dittner et al. (2017), se realizaron 15 sesiones de TCC durante 30 semanas con una sesión extra de seguimiento. En las sesiones, se informó sobre el TDAH y se realizó un trabajo centrado en los pensamientos y conductas problema.

Existen otras terapias que, además de enfocarse en la psicoeducación y mantener elementos de la TCC, abogan por el trabajo con las personas significativas de las personas con TDAH, como lo fue el caso del trabajo de Hirvikoski et al. (2015). Estos autores implementaron un programa en el grupo experimental, conocido como PEGASUS. Consistió en una intervención de 8 sesiones de tipo psicoeducacional, donde no sólo participan las

personas con TDAH, sino también las personas significativas para ellas, para que sepan más del TDAH, el apoyo y las formas de sobrellevarlo. En cada sesión, se abordaron temas diferentes, como la introducción al TDAH, relación entre el TDAH y estilo de vida (como la dieta y hábitos del sueño), estrategias para abordar el TDAH en la vida diaria, tratamiento farmacológico, convivir diariamente con el TDAH, las relaciones interpersonales, el impacto del TDAH en el trabajo y las formas que la sociedad tiene para apoyar a los adultos con TDAH. Pese a lo anterior, no se menciona con mayor profundidad cada temática abordada por sesión, limitándose a una información global. Este programa empleó principios provenientes de la TCC, de la neuropsicología y del trabajo interdisciplinario, donde diversos profesionales trabajaron en la realización del programa, como psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, entre otros. En cuanto al trabajo realizado 2 años después por Hirvikoski et al. (2017), se mantuvieron los temas abordados en cada sesión.

Hay estudios que combinaron elementos de la TCC con otras intervenciones, como con neurofeedback en el caso de Zinnow et al. (2018). Un tercio de los pacientes fue designado a un grupo de autoayuda cara a cara. Otro tercio se asignó al tratamiento de autoayuda asistida por teléfono o TASH, el cual comparte elementos de psicoeducación cara a cara, cuyos módulos poseen un procedimiento estructurado en donde se usan habilidades basadas en la TCC y requieren tareas escritas. El tercio restante quedó en lista de espera, sirviendo como grupo control y sin recibir tratamiento por un período de 3 meses, para luego recibir el tratamiento TASH. Fueron 3 meses de trabajo para los grupos de Psicoeducación (PE) y TASH, mientras que para el grupo control, el trabajo fue de 6 meses. En una etapa posterior, de 3 meses, se realizó una aleatorización y se distribuyeron a 4 grupos: consejería con neurofeedback, metilfenidato, consejería y neurofeedback con metilfenidato. A estos

grupos se les agregó otro grupo que recibió consejería, pero que no pasó por neurofeedback. Otro trabajo con neurofeedback fue el de Mayer et al. (2016), en donde se realizaron 30 sesiones de neurofeedback que consideraban la realización de diferentes evaluaciones entre sesiones.

Otros trabajos enfocados en lo conductual, son los que emplean la terapia conductual dialéctica, como el estudio de Morgensterns et al. (2015), que se usó una adaptación de la terapia DBT de Linehan para personas con trastorno límite de la personalidad, en un programa de entrenamiento grupal de habilidades para adultos con TDAH. El tratamiento incluye elementos centrales de la DBT, como aceptación, mindfulness, análisis funcional conductual y psicoeducación, para identificar las áreas problema que son comunes en el TDAH. El tratamiento se basó en la versión sueca del manual de entrenamiento de habilidades para el TDAH.

El uso de elementos de diferentes terapias también pudo observarse en Pettersson et al. (2014), en donde, a pesar de que el enfoque era predominantemente cognitivo conductual, algunas de las técnicas empleadas eran de otros enfoques. Aquí se analizó la conducta que se quiere cambiar con análisis de efectos corto y largo plazo, identificación de eventos desencadenantes y análisis de la consecuencia del cambio de la conducta. También se realizó un ejercicio del manejo del tiempo, que tenía como finalidad poder planificar el tiempo mediante estrategias simples, empleando objetos como una lista o un calendario. Además, se practicó mindfulness y aceptación, en donde se medita y se trabaja con la atención. Otra actividad fue la de “reduciendo distractores”. También se realizó una actividad de organización y planificación, donde se usan ejemplos para organizar cosas cotidianas, como la ropa o las cuentas. Otra actividad fue de reestructuración cognitiva, con el fin de identificar

pensamientos negativos para, posteriormente, encontrar pensamientos más equilibrados. Finalmente, se realizó la actividad de “trabajo con el período de atención”, donde se enfoca la concentración en una tarea antes de desviar la atención y, además, se trabaja con el control de la ira. En esta investigación, destaca que se realizaron ejercicios de mindfulness para trabajar la atención, elemento importante de abordar en casos de TDAH.

El trabajo realizado por Edel et al. (2014) se basó en el programa de Freiburg (Hesslinger et al., 2002; Philipsen et al., 2007) y se adaptó, logrando un plan de 13 sesiones semanales de 2 horas de duración. Se abordaron temas como la atención plena, escaneo corporal, atención a emociones y sensaciones del cuerpo, atención a impulsos repentinos, aceptación emocional, ejercicios de respiración y conciencia al caminar, entre otras actividades.

Otros trabajos utilizaron técnicas orientadas a las habilidades sociales. Ejemplo de ello, fue el trabajo de Shaikh (2017), en donde se emplearon aspectos de la teoría interpersonal. Se trabajó el desarrollo de la personalidad con el fin de mejorar las relaciones interpersonales, abordando el funcionamiento y autoestima de los participantes. Además, se entregó psicoeducación sobre la relación entre los síntomas del TDAH y los problemas de índole social. En primer lugar, se abordaron dificultades relacionales fuera del grupo y después, se vieron dentro del grupo dificultades para poder relacionarse entre sí, donde se entregó una instancia para compartir y recibir comentarios sobre el desempeño social. Según Shaikh (2017), en la primera reunión se abordaron las dificultades de cada miembro, así como el establecimiento de reglas. Desde la semana 2 a la 11, los participantes informaban sobre su semana y se daba el espacio por si necesitaban discutir algún tema en particular, así como también discutieron sobre el tiempo a usar y de las metas de evolución a alcanzar entre ellos.

Al finalizar las sesiones, se dieron 30 minutos para responder los post test.

Existieron trabajos que incluyeron el uso de medicación dentro de su repertorio de actividades y técnicas, como el de Philipsen et al. (2015), donde los participantes recibieron una dosis de clorhidrato de metilfenidato que, además, sirvió para medir la adherencia a la medicación. Luego, para el grupo cognitivo conductual (GPT), se realizaron 20 sesiones semanales de psicoterapia a partir de un manual (Hesslinger, Philipsen y Richter, 2004). Los participantes del grupo control de manejo clínico individual (CM) recibieron consejería no específica de 15 a 20 minutos. Las sesiones GPT fueron grabadas en video.

Algunos de los trabajos se caracterizan por trabajar los síntomas y las emociones de sus participantes. Young et al. (2016) emplearon el programa cognitivo conductual RyR2ADHD, basado en un programa de entrenamiento de competencia prosocial de razonamiento y de rehabilitación. Posee 15 sesiones de 90 minutos, con 5 módulos de tratamiento. El primer módulo es neurocognitivo, donde se ven estrategias para control atencional, de impulsos y otras estrategias. Además, hay un módulo de resolución de problemas, uno de razonamiento crítico, uno de control emocional y uno de habilidades prosociales, donde se abordan temas como el reconocimiento de pensamientos y sentimientos de los demás.

El manual de Safren et al. (2005) fue utilizado en el estudio de Huang et al. (2015) y en el de LaCount et al. (2015). En este último, se usó una versión condensada del protocolo de tratamiento, considerando 4 módulos: Psicoeducación, Organización y planeación, Reducir la distractibilidad y Pensamiento adaptativo y habilidades adicionales.

En el estudio de Serra-Pla et al. (2017), se menciona qué entorno hubo en cada sesión, el aprendizaje esperado y los síntomas que están tratando. Sin embargo, no se explicita la

existencia de alguna sistematización.

6.2.2 Medidas estandarizadas para los resultados

Respecto a las medidas estandarizadas para los resultados, se esperaba que todas las investigaciones dieran a conocer los instrumentos que se aplicaron, con el fin de medir y evaluar los cambios obtenidos por las diferentes psicoterapias. En el artículo de Philipsen et al. (2015), se informa que se usó la CAARS (Conners Adult ADHD Rating Scale). Este es un instrumento autoaplicado que se administró en diferentes ocasiones: en la línea base, a las 13 semanas, 24 semanas y 52 semanas. También se aplicó el inventario de Depresión de Beck y escalas CGI.

Bachmann et al. (2018) también utilizó la escala anteriormente mencionada para poder medir la severidad de los síntomas. Se complementaron los resultados de la CAARS con imágenes cerebrales mediante el uso de 3 Tesla Siemens Magnetom Trio. Las imágenes se obtuvieron mientras los participantes hacían una actividad one-back task para evaluar la memoria de trabajo. En one-back task, se muestra una secuencia de letras blancas en una pantalla negra a través de un proyector y un espejo, donde los participantes tienen que indicar si la letra coincide con la letra anterior.

Al igual que el trabajo realizado por Philipsen et al. (2015) y Bachmann et al. (2018), se usó la CAARS en Janssen et al. (2018) por médicos con método ciego para evaluar los síntomas de TDAH. Para la obtención de resultados secundarios, se usaron autoinformes en línea, como la escala de autoinforme de calificación TDAH de adultos de Conners para ver puntaje síntoma, inatención e impulsividad/hiperactividad. Además, se usó el Behaviour Rating Inventory of Executive Function-Adult Version (BRIEF-A), Self-Compassion Scale-

Short Form (SCS-SF), Five Facet Mindfulness Questionnaire en su versión corta (FFMQ-SF), Outcome Questionnaire y Mental Health Continuum en su versión corta (MHC-SF).

En el artículo de Hoxhaj et al. (2018), se evaluó la severidad del TDAH y de sus síntomas asociados con los siguientes instrumentos: CAARS, Beck Depression Inventory (BDI), Brief Symptom Inventory (BSI) y SF-36.

En el estudio de Huang et al. (2015), se aplicó CAARS en la versión auto-reporte, la ADHD Rating Scale (ADHD-RS), Self-rating Anxiety Scale (SAS), Self-rating Depression Scale (SDS), BRIEF-A, Cambridge Neuropsychological Test Automatic Battery (CANTAB), Barratt Impulsiveness Scale (BIS), Self-Esteem Scale (SES), World Health Organization Quality of Life-Brief Version (WHOQOL-BRIEF) e imágenes por Resonancia Magnética funcional (fMRI).

En Pettersson et al. (2014) se aplicó, en primera instancia, la Current Symptoms Scale (CSS). Esta es una escala auto-reporte cuyos ítems están basados en criterios del DSM-IV y se estiman en una escala de 0 a 3. Luego, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para medir comorbilidades. Para la calidad de vida, se aplicó la escala ADHD Impact Module-Adult (AIM-A), que buscaba conocer diferentes dimensiones, con 4 ítems globales de calidad de vida, 5 ítems de impacto económico y 5 escalas multi ítem. Este test posee una buena consistencia interna en su versión original, con un alfa de Cronbach entre .83 y .91 (Landgraf, 2007). También en el estudio de Pettersson et al. (2014) se utilizó la Canadian Occupational Performance Measure (COPOM), que es una escala de 1 a 10 que busca conocer la perspectiva del paciente respecto a su desempeño profesional.

Otras investigaciones también han utilizado instrumentos para poder conocer los síntomas, pero empleando otras herramientas. En el trabajo de Young et al. (2016), los participantes fueron intervenidos por un doctor experto en salud mental antes de la aleatorización, para diagnosticar de acuerdo a criterios del DSM-IV usando la MINI International Neuropsychiatric Interview. También se usó una escala para evaluar la presencia de rasgos de personalidad antisocial, con el fin de evitar que los participantes tuvieran problemas para realizar un seguimiento post tratamiento. Además, se usó el RATE-S, un instrumento que es una revisión de la escala YAQ-S. El RATE-S consta de 32 ítems sobre el comportamiento del participante en el pasado, considerando síntomas del TDAH y consta de 4 subescalas: síntomas de TDAH, control emocional, comportamiento antisocial y funcionamiento social. Otro instrumento empleado fue la Clinical Global Impression, escala de siete puntos aplicada mediante la evaluación de un observador respecto a la severidad del dolor sintomático, del deterioro en el funcionamiento y del sufrimiento o afrontamiento.

Otro trabajo que se enfocó en conocer los síntomas fue el de Edel et al. (2014), donde se utilizó la entrevista Wender-Reimherr (WRI), que es una escala Likert autoaplicada con 9 ítems de inatención y 9 ítems de síntomas de hiperactividad/impulsividad, usando como base el criterio A del DSM-IV. Esta escala se aplicó previa y posteriormente a la evaluación de síntomas de TDAH.

Hay estudios en donde se describió el uso de instrumentos según su objetivo de aplicación, que podía ser obtener resultados primarios, relacionados directamente con lo que se busca obtener, o resultados secundarios, donde se abordan los síntomas comórbidos del TDAH y sus cambios. En el trabajo realizado por Nasri et al. (2017), para los resultados primarios se usó la escala ARS versión 1.1, que es una escala de autoevaluación con 18 ítems

relacionados con síntomas del TDAH según DSM-IV. Posee dos subescalas: una de 9 ítems que mide problemas con falta de atención y otra relacionada con hiperactividad. Esta es una escala tipo likert de 5 puntos, siendo 0=nunca y 4=muy a menudo, con una fiabilidad test-retest de 0.88 (Kim, Lee y Joung, 2013). En cuanto a los resultados secundarios, se aplicó una escala clasificada por un médico, además de cuestionarios de autoevaluación que evalúan síntomas de estrés y comorbilidad (pre y post tratamiento). También se aplicó el cuestionario MADRS-S que contiene 9 ítems. Otra medida fue la Escala de Estrés Percibido (PSS) para medir el grado en que las situaciones resultan estresantes. También se usó el EuroQol como medida del estado general de salud y que posee 5 dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar, ansiedad/depresión). Además, se usó la Escala Visual Analógica (VAS) autoevaluada sobre el estado de salud y la Escala de Discapacidad de Sheehan para medir discapacidad en el trabajo/escuela, ámbito social y vida familiar.

Otros trabajos también organizaron el uso de sus instrumentos en evaluaciones primarias y secundarias, como Dittner et al. (2017), donde se usaron como primarias el instrumento Adult Barkley Current Symptoms Scale (CSS) y la Work and Social Adjustment Scale (WSAS). En cuanto a medidas de resultados secundarios, se utilizó Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), un instrumento de auto-reporte, junto con el Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM) y la escala Clinical Global Impression (CGI) en sus versiones Mejoría y Satisfacción. En este caso, los instrumentos para resultados secundarios se orientaron a conocer comorbilidades, como la ansiedad y depresión de las personas.

En el trabajo realizado por Hirvikoski et al. (2015), para evaluar los cambios producto de la terapia, se aplicaron escalas de auto-reporte que fueron distribuidas 1 ó 2 semanas antes

de que iniciara el tratamiento, 1 ó 2 semanas después de la última sesión y 6 meses posteriores al tratamiento. Los participantes respondieron 20 preguntas sobre el TDAH con ítems de verdadero o falso para reflejar su conocimiento en un cuestionario adaptado de Bramham et al. (2009). También se aplicó el QAFM, auto-reporte con formato de escala likert, con valores de 1 a 5, que evalúa la relación entre la persona con TDAH y una persona significativa. Los síntomas depresivos fueron medidos con el Inventario de Depresión de Beck. En participantes con TDAH, la autoestima se evaluó con la escala de autoestima de Rosenberg (RSE). Para la calidad de vida, se empleó el Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Quality of Life Scale (AAQoL) y para las personas significativas, se usó la Escala de Evaluación de Carga (BAS). En el trabajo posterior de Hirvikoski et al. (2017), se agregó la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

Zinnow et al. (2018) emplearon el instrumento IDA-R., que es una entrevista estructurada que ayuda a evaluar sintomatología de TDAH, según los criterios del DSM-V. Otro instrumento que se usó es la CGI, para determinar deterioro funcional, así como la severidad de los síntomas y cómo se afrontan. También se empleó la Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS-S), que es una escala para conocer la funcionalidad de la persona. Se aplicó la Wender Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale (WRAADS), que es una entrevista estructurada que evalúa, entre otras cosas, el temperamento, la labilidad emocional y la hiperactividad motora. Además, se usó la Symptom Checklist-90-Standard para determinar psicopatología o condiciones comórbidas. También se utilizó el Pittsburgh Sleep Quality Index, que es un cuestionario autoaplicado que evalúa la calidad e interrupciones del sueño durante el último mes. También se aplicó la AAQOL-29, que es una escala de 29 ítems que evalúa diferentes aspectos de la calidad de vida, como las relaciones y

la salud psicológica. Se usó el State-Trait Anger Expression Inventory 2 (STAXI-2), que permite evaluar la intensidad de la expresión y control de la ira. Se utilizó también el Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), que es una escala de auto-reporte para evaluar abuso emocional y sexual, así como también negligencia física y emocional. Finalmente, se aplicó el método Wortschatztest (WST), que evalúa inteligencia verbal y comprensión del habla. En particular, llama la atención que a diferencia de otros estudios, se le haya dado importancia a las experiencias de negligencia y abuso que pudieron haber sufrido los participantes con TDAH en sus infancias.

Mayer et al. (2016) aplicaron una serie de instrumentos para confirmar el diagnóstico de TDAH, entre ellos, la entrevista estructurada Wender Utah Adult en su versión alemana, el WURS-K para evaluar el impacto del TDAH en la infancia y el ADHD-SB para evaluarlo en la actualidad. También se aplicó el BDI, una batería de pruebas HASE en su versión alemana y el cuestionario FEA, que calificó la gravedad de los síntomas con 20 ítems, en una escala likert de 0 a 3 puntos. Para estudiar el desempeño intelectual, se usó el Culture Fair Intelligence Test, donde fueron aceptadas las personas con resultados >80 . Además, se empleó una evaluación Go/NoGo, que es una prueba auditiva de tonos que se realizó con los ojos cerrados. Además, se hizo un análisis encefalográfico.

Shaikh (2017) realizó un cuestionario para conocer información demográfica de los participantes, como edad, colegio, antecedentes académicos e historial de tratamiento. Utilizó la escala Rosenberg de autoestima (SES), que informa autoaceptación y autoestima en una escala de 10 puntos, con una consistencia de .092 y una confiabilidad que va de 0.85 a 0.88. También usó la CAARS, en su versión larga de 66 ítems, con una escala de 4 puntos para cuantificar la sintomatología. También usó el Texas Social Behavior Inventory, que es una

escala likert de 5 puntos con 16 ítems que busca evaluar la conducta social, competencia social (ser hábil socialmente) e interacciones sociales de los participantes. De forma complementaria, también se evaluaron habilidades sociales por medio de otros instrumentos, como el Social Skills Inventory, que es una escala de auto-reporte de 90 ítems para evaluar los dominios comunicacionales verbales y no verbales de los participantes. Los ítems se reparten en 6 escalas: sensibilidad social, sensibilidad emocional, expresividad social, expresividad emocional, control social y control emocional. También se usó la escala Interpersonal Reactivity Index (IRI), que tiene formato de auto-reporte tipo likert con 28 ítems y aborda 4 dimensiones: preocupación empática, toma de perspectiva, angustia personal y fantasía (Davis, 1980). Además, se aplicó la Behavioral Attributes of Psychosocial Competence Scale o PC en su versión condensada de 13 ítems, que busca conocer el estilo de afrontamiento y la capacidad para resolver problemas. Se usó la Interaction Involvement Scale, que permite conocer las competencias comunicativas por medio de 18 ítems, los cuales se reparten en 3 factores: atención interpersonal, respuesta interpersonal y perceptividad interpersonal. Se aplicó la Emotional Maturity Rating Form, que fue adaptada para conocer información sobre madurez emocional. En este caso, los instrumentos se enfocaron más en conocer las competencias para desenvolverse en la vida diaria, que en la sintomatología.

Otro estudio que también apuntaba a las competencias fue el de Wang et al. (2016), donde se empleó el Behavior Rating Inventory of Executive Function Adult Version (BRIEF-A), que es un inventario en versión mandarín que permitió conocer cambios en la función ejecutiva de los participantes pre y posterior a la aplicación de la terapia. El inventario contó con 8 subescalas: inhibición, control emocional, iniciativa, planificación/organización, flexibilidad, memoria operativa, supervisión y organización de materiales. También se usó la

Conners Adult ADHD Diagnostic Interview (CAARID) para confirmar el diagnóstico de TDAH, la ADHD Rating Scale-IV y la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje 1 en el DSM-IV, para confirmar la ausencia de trastornos del eje 1.

Algunos de los trabajos analizados, se enfocaron en usar medidas para obtener información sobre comorbilidades, como la ansiedad o depresión. En el artículo de Serra-Pla et al. (2017), se usaron varias herramientas de medición postratamiento: Inventario de depresión de Beck (BDI), CAARS autoaplicada, State-Trait and Anxiety Inventory (STAI-E-R), Cuestionario para la evaluación de la discapacidad (WHODAS) 2.0 y el Cuestionario de estrés percibido (PSQ). Siguiendo con esta idea, en el estudio de Eddy et al. (2015), se usó BDI, Beck Anxiety Inventory (BAI), la Current Symptoms Scale (CSS), CAARS, el auto-reporte de Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS-S), Outcome Questionnaire (OQ-30), CGI, Global Assessment of Functioning (GAF) y Treatment Satisfaction Survey.

En el estudio de Morgensterns et al. (2015), se usaron varios instrumentos para medir los resultados: Barkley Current ADHD Symptom Scale, BDI, BAI, Perceived Stress Scale (PSS), Karolinska Sleep Questionnaire (KSQ), la escala de discapacidad de Sheehan, Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) y Adult Attention-deficit/hyperactivity disorder Quality of Life scale (AAQoL).

En el estudio de Cole et al. (2016), se midieron los resultados de la severidad del TDAH (ASRS v1.1), severidad de la depresión (BDI-II), desesperanza (BHS), habilidades de mindfulness (KIMS) y control y expresión de la ira (STAXI).

En el estudio de LaCount et al. (2015), se utilizó la Barkley Current Symptoms Scale Self Report Form (CSS-SR) y la Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS).

En el estudio de Fleming et al. (2015), se usó la Barkley Adult ADHD Rating Scale—

IV (BAARS-IV) para medir los síntomas del TDAH. Para medir la función ejecutiva, se utilizaron las Brown ADD Rating Scales (BADDS). Para evaluar la calidad de vida, se usó ADHD Quality of Life Questionnaire (AAQoL). Además, se utilizó BAI, BDI-2, Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) y Conners' Continuous Performance Test–2nd edition (CPT-2).

Según la información analizada, los instrumentos se pueden agrupar según el objetivo con el que fueron utilizados:

- Medir los síntomas del TDAH: Gran parte de los artículos usó la Conners Adult ADHD Rating Scale-CAARS (Conners et al., 1999), que está basada en los criterios de TDAH del DSM-IV (American Psychiatry Association, 1994). También fue utilizada la Current Symptoms Scale (CSS). Además, se midió la calidad de vida asociada al TDAH con la Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Quality of Life Scale (AAQoL). Además, se empleó la Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS-S) y Clinical Global Impression (CGI).
- Medir los síntomas de las comorbilidades del TDAH: Dentro de las condiciones comórbidas que más fueron evaluadas, está la depresión y ansiedad, que fueron medidas con los instrumentos Beck Depression Inventory (BDI) y el Anxiety Inventory (BAI), respectivamente.
- Otros objetivos: varios estudios utilizaron medidas asociados con las características particulares de la terapia empleada, como instrumentos de mindfulness en el caso de Janssen et al. (2018). Otros estudios incluyeron encuestas de satisfacción para que los participantes las contestaran al finalizar el procedimiento, como en Eddy et al. (2015).

6.2.3 Conducta esperada está especificada

Los estudios analizados explicaban qué cambio conductual querían generar, ya sea en forma de hipótesis o en una declaración de intenciones o metas a alcanzar. Estos cambios varían entre sí, debido a los diferentes abordajes terapéuticos empleados en cada uno de los estudios. En el trabajo de Pettersson et al. (2014), se esperaba que los tratamientos de TCC basada en internet, ya sea en forma de autoayuda o grupal, mostraran una disminución de los síntomas comórbidos del TDAH, en comparación con el grupo control. En lo planteado por Dittner et al. (2017), se esperaba que el tratamiento cognitivo conductual en su versión plus, fuera más efectivo que el tratamiento usual, y que esa mejoría pudiera reflejarse tanto en el mejoramiento del funcionamiento personal luego de 42 semanas, como en la reducción de síntomas del TDAH. Así mismo, en el estudio de Huang et al. (2015) se esperaba que se redujeran los síntomas del TDAH.

En el artículo de Philipsen et al. (2015), se esperaba que el tratamiento de TCC en el grupo GPT fuera más eficaz, en comparación con un tratamiento menos específico, que fue de manejo clínico. También se esperaba comparar el uso de metilfenidato con placebo en un tiempo de 3 meses. Además, se esperaba hacer una comparación un año después del tratamiento entre 4 condiciones: GPT con metilfenidato, GPT con placebo, manejo clínico con metilfenidato y manejo clínico con placebo.

Young et al. (2016) formularon 3 hipótesis en su estudio. La primera es que el grupo de TCC con medicación tendría mayores mejoras funcionales que el grupo que recibió el tratamiento habitual con medicación. En segundo lugar, se esperaba que los logros obtenidos se mantuvieran en un período de seguimiento de 3 meses. En tercer lugar, que los resultados

funcionales se correlacionaran con las clasificaciones hechas con CGI sobre la severidad de la enfermedad.

En los trabajos anteriores, los autores esperaban que su intervención de terapia cognitivo conductual obtuviera los efectos deseados para demostrar su eficacia. Esto también se pudo observar en otros tipos de terapia, como en el trabajo realizado por Janssen et al. (2018), que buscaba determinar la eficacia que tenía la terapia cognitiva basada en mindfulness junto con el tratamiento TAU, en comparación al grupo que sólo recibía TAU, respecto a la reducción de síntomas.

Respecto a lo que dan a conocer Hirvikoski et al. (2015), el objetivo era realizar un estudio piloto para determinar la eficacia y viabilidad preliminar del programa PEGASUS. Tiempo después, Hirvikoski et al. (2017) señalan que con la aplicación de PEGASUS, se esperaba evaluar el programa en un entorno controlado aleatorizado, además que se facilitara la participación activa de cada participante en el manejo de su situación con el TDAH y su tratamiento a futuro. En cuanto al estudio de Shaikh (2017), se esperaba que existieran cambios positivos en la autoconfianza, autoestima desde el punto de vista global y social, atención interpersonal, en la capacidad para recibir y percibir, competencia psicosocial, perspectivas personales y mayor madurez emocional. Edel et al. (2014) esperaban que los resultados del entrenamiento en mindfulness fueran tan aceptables y fiables como los obtenidos por el entrenamiento de habilidades, además de que ambos contribuyeran a una reducción de los síntomas del TDAH. Sin embargo, se esperaban diferencias entre un grupo y otro en cuanto a autoeficacia y atención plena.

La investigación realizada por Mayer et al. (2016) buscaba que los adultos que tenían TDAH se beneficiaran con el neurofeedback con potenciales corticales lentos (SCP-NF),

reduciendo los síntomas autopercebidos, los percibidos por los demás y los síntomas comórbidos de depresión y ansiedad. También se esperaba que pudieran aprender habilidades relacionadas con la autorregulación.

Nasri et al. (2017) buscaban que el estudio piloto que estaban realizando, permitiera evaluar la fiabilidad y efectos de un nuevo manual de tratamiento grupal en adultos con TDAH, además de evaluar la adherencia de los participantes al tratamiento y determinar la relación entre los resultados obtenidos y la adherencia.

En el trabajo realizado por Bachmann et al. (2018), se hipotetizó que el tratamiento en mindfulness aumentaría la activación cerebral y en particular, la activación de la región frontoparietal y de los ganglios basales. Además, se esperaban mejoras en la memoria de trabajo de quienes participaron en la terapia de mindfulness, en comparación con la intervención de psicoeducación.

En el estudio de Zinnow et al. (2018), se buscaba mejorar los síntomas del TDAH. En el estudio de Morgensterns et al. (2015), se indicó que esperaban comprobar la efectividad del tratamiento, por medio de cambios en los síntomas del TDAH y en el deterioro funcional relacionado a él en la vida cotidiana. En el estudio de Eddy et al. (2015) se esperaba que la intervención disminuyera los síntomas del TDAH y que facilitara beneficios funcionales. En el estudio de LaCount et al. (2015), se esperaba que la intervención modificara los niveles de los síntomas del TDAH y el deterioro funcional. En el estudio de Cole et al. (2016), se esperaba que el tratamiento tuviera efectos en los síntomas residuales del TDAH. En el estudio de Fleming et al. (2015), se explicita que esperaban que la intervención redujera los síntomas y el deterioro asociado al TDAH. En cuanto al artículo de Wang et al. (2016), se esperaba que se pudieran conocer mecanismos psicosociales que pudieran ayudar al

tratamiento del TDAH, mediante la observación de los efectos de la TCC en las redes cerebrales. En el artículo de Hoxhaj et al. (2018), se esperaba que ambos tratamientos ayudaran a mejorar los síntomas del TDAH, el bienestar psicológico general y la calidad de vida. En el artículo de Serra-Pla et al. (2017), se indicó que las conductas que esperaban que variaran, estaban relacionadas con los síntomas del TDAH, calidad de vida, funcionalidad, estado afectivo y ansioso.

La mayor parte los estudios, buscaban que las técnicas aplicadas en los grupos experimentales generaran resultados favorables en diversos aspectos, principalmente en la reducción de síntomas del TDAH y mejoras en la calidad de vida. En la tabla 3 se presentan las ideas centrales de los resultados obtenidos:

Tabla 3. Resumen de los resultados obtenidos

Criterio TBE	¿Qué fue lo más relevante que se halló?
Grupo control y experimental	Sólo algunos estudios consideraron grupo control.
Criterios de inclusión y exclusión	Los criterios fueron variados. Los artículos reportaron más criterios de exclusión que de inclusión.
Asignación aleatoria a los grupos	Sólo algunos estudios la utilizaron.
Técnicas sistematizadas	Se usaron técnicas basadas en algún manual o protocolo establecido.
Medidas estandarizadas para resultados	Todos los estudios las usaron, en su mayoría para medir sintomatología del TDAH.
Conducta esperada especificada	Se esperaba reducir los síntomas del TDAH y el impacto que tienen en la vida diaria.

Nota. Se resumieron las ideas centrales de los resultados obtenidos según cada criterio de TBE que se analizó, para así facilitar su visualización.

7. Discusión

Los resultados evidencian una amplia gama de abordajes terapéuticos para el TDAH en adultos que han sido diseñados, implementados y reportados de diferentes formas.

Respecto al uso de grupo control y experimental, sólo algunos estudios consideraron el uso de grupo control. Otras investigaciones prescindieron de un grupo control, debido a que contaban con pocos participantes o estaban en una fase exploratoria de la intervención. Un ejemplo fue el trabajo de Edel et al. (2014), quienes realizaron un estudio piloto de comparación entre un entrenamiento en mindfulness y otro en habilidades, donde se informa que las terapias conductuales de la tercera ola para el TDAH, como el mindfulness, están en etapas tempranas de desarrollo y que el incipiente desarrollo de estos abordajes terapéuticos se relaciona con estudios piloto de baja complejidad sin grupo control. Se puede destacar que diversos estudios utilizaron como grupo control a quienes recibieron los tratamientos empleados habitualmente para el TDAH (Serra-Pla et al., 2017; Young et al., 2016; Dittner et al., 2017; Janssen et al., 2018; Hirvikoski et al., 2017). Sin embargo, llamó la atención que en algunos trabajos, se ofreció a los participantes del grupo control la oportunidad de que pudieran recibir el mismo tratamiento que recibió el grupo experimental, inmediatamente después de terminar su participación como grupo control, como lo fue el trabajo de Zinnow et al. (2018) y Janssen et al. (2018). Cabe mencionar que la mayor parte de los artículos revisados no ofrecía a los participantes del grupo control recibir el tratamiento que recibieron los participantes del grupo experimental. Por otra parte, Eddy et al. (2015) y LaCount et al. (2015), señalan como limitación la falta de un grupo control, ya que esto dificultaría la generalización de los resultados obtenidos y recomiendan que los estudios futuros lo incorporen.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron variados, y en general, estaban especificados en la sección del método de los artículos. Se evidencia que los artículos reportaron mayor cantidad de criterios de exclusión que de inclusión. Acerca de este tema, Dittner et al. (2017) señalan que futuras investigaciones deberían ampliar los criterios de elegibilidad para aumentar la cantidad de participantes y así, poder generalizar los hallazgos. En este sentido, un elemento relevante en los grupos es el número de participantes en cada uno, ya que un tamaño inadecuado puede traducirse en falencias en detectar diferencias entre los tratamientos (Duffau, 1999). Ejemplo de ello es el estudio de Cole et al. (2016), quienes señalan que una limitación de su estudio fue el pequeño tamaño de la muestra, en especial del grupo control, lo que puede explicar que no hubo diferencias significativas entre los grupos.

Acerca de la asignación aleatoria a los grupos, en general, existe consenso sobre el beneficio de incorporarla en los diseños de investigación. En el trabajo desarrollado por Hirvikoski et al. (2015), por ejemplo, se informó que no se realizó una asignación aleatoria, debido a que esperaban mejorar el programa PEGASUS para realizarla en un estudio posterior, la cual sí se aplicó en Hirvikoski et al. (2017). Por otro lado, Shaikh (2017) determinó que una limitación del estudio fue la falta de distribución aleatoria a los grupos, ya que fue a conveniencia de los participantes dependiendo de su disponibilidad para participar en las reuniones grupales, que tenían un horario definido. Wang et al. (2016) señala que no se contempló una aleatorización, pero que hubiese sido útil para ver si los cambios en la fuerza de la conectividad regional funcional cerebral, se debieron a la TCC o a efectos placebos. Todo lo anterior, da cuenta que existe preocupación por parte de los investigadores en realizar asignaciones aleatorias y que buscarían implementarla cuando es posible hacerlo.

En general, los estudios usaron técnicas sistematizadas basadas en algún manual o protocolo establecido, en la mayoría de los casos con los procedimientos descritos y con las especificaciones de las diferentes formas de tratamientos, tales como, número de sesiones, materiales utilizados, técnicas aplicadas, entre otros. Este punto es relevante, ya que al estar detallado el método en los artículos, permite a futuros investigadores poder replicar los programas de tratamiento, compararlos y mejorar las falencias que tuvieron las primeras aplicaciones. Respecto al número de sesiones, Eddy et al. (2015) señalan que un protocolo de estudio abreviado puede ser más eficaz y costo efectivo que uno más extenso, lo que justifica el uso de uno abreviado en su investigación. Sin embargo, paradójicamente, notaron que el número de sesiones fue insuficiente para volver a repetir los contenidos más relevantes para los participantes y que les hubiera sido útil, por lo que finalmente comentan que sería más adecuado un tratamiento más extenso que el planteado inicialmente. Ante esto, se hace evidente llegar a un consenso entre la efectividad de los estudios y las necesidades de los participantes, para poder mejorar los diseños de los futuros tratamientos. Por otro lado, los estudiantes universitarios son una población con necesidades específica relacionadas con sus actividades académicas, por ello, como mencionan Eddy et al. (2015), podría resultar beneficioso comenzar las intervenciones al inicio del semestre académico. En ese momento, la carga académica es liviana y además, se podría abordar de forma extensa la procrastinación, que es un tema que los mismos participantes sugirieron y comparten como un aspecto relevante a abordar en terapia.

Un elemento destacable es que todos los estudios usaron instrumentos estandarizados para medir los resultados, lo que permite asegurar sus propiedades científicas. Entre las medidas estandarizadas más utilizadas en los diferentes estudios analizados, se encuentra la

Escala de Conners para adultos (Conners ADHD Rating Scale-CAARS). Eddy et al. (2015) hacen una sugerencia importante en la fuente de información que se utiliza, ya que en su estudio se usó el auto-reporte para los síntomas del TDAH, pero comentan que este formato tiene limitaciones, por lo que sugieren que estudios futuros consideren recolectar información de personas cercanas a los participantes, como parejas, amigos cercanos, compañeros de habitación y padres. En el mismo sentido, Morgensterns et al. (2015) comentan que los auto-reportes pueden verse afectados por lo difícil de hacer un análisis del propio comportamiento, lo que puede llevar a que los síntomas se subestimen o exageren. Un aspecto a destacar es que la mayor parte de los estudios analizados, emplearon instrumentos relacionados con la sintomatología del TDAH. Además, existieron otros estudios que utilizaron instrumentos para medir la calidad de vida de los participantes, lo cual considera el impacto que los síntomas podrían tener en la vida de los adultos, quienes por lo general, tienen que lidiar con actividades rutinarias o que son poco gratificantes debido a las exigencias de la vida adulta.

Sobre las conductas que los tratamientos esperaban que se modificaran, a grandes rasgos, se buscaba reducir los síntomas del TDAH y el impacto que tienen en la vida diaria de las personas. En general, los tratamientos implementados lograron estos efectos beneficiosos en los participantes. Dentro de los beneficios que tienen los abordajes terapéuticos para los pacientes con TDAH, se encuentra la reducción de sus síntomas. En Nasri et al. (2017), la terapia cognitiva y dialéctica conductual mejoraron la inatención, hiperactividad e impulsividad, además de síntomas asociados con depresión, estrés y ansiedad. Por otro lado, los abordajes terapéuticos puede ser un complemento beneficioso para las terapias usuales. Un ejemplo es la intervención de Dittner et al. (2017), quienes determinaron que combinando la terapia cognitivo conductual con el tratamiento usual, hay mejores resultados en reducir

síntomas del TDAH y mejorar el funcionamiento laboral y social, que usando sólo el tratamiento usual. Además, las terapias pueden implementarse como tratamientos a corto plazo y costo-efectivos, como en el estudio realizado por Eddy et al. (2015), donde el protocolo abreviado de 8 sesiones de TCC podría emplearse con posterioridad en centros de asesoramiento universitario, en estudiantes con niveles moderados de síntomas del TDAH, ayudando a que los participantes puedan tener una mayor motivación para el cambio.

Sin embargo, según Barkley (2018), existe evidencia de que la psicoterapia también puede generar efectos adversos en los pacientes. Este autor señala que, desde hace años, se han estado publicando investigaciones que evidencian la existencia de efectos adversos y iatrogénicos asociados a tratamientos psicosociales basados en la evidencia, que han sido usados en niños, adolescentes y adultos con TDAH. Algunos de los efectos mencionados son síntomas relacionados con la ansiedad y el deterioro por el tratamiento al que han sido sometidos los participantes. En este sentido, Barlow (2010) señala que no se pueden entender las causas de los efectos negativos de las terapias psicológicas, ni saber cómo evitarlos, si no se pretende conocerlos y estudiarlos. Siguiendo esta recomendación, sería útil que las futuras investigaciones en tratamientos para el TDAH en adultos pudieran incluir esta variable, medirla, estudiarla y reportarla. De este modo, como señala Barkley (2018), se podrían considerar los riesgos y beneficios al ofrecerle un tratamiento a un paciente con TDAH, así como también incorporar en el abordaje terapéutico el manejo y regulación emocional para evitar que la intervención sea iatrogénica para los participantes.

Además de determinar aspectos sobre los diferentes criterios de TBE, resulta de interés la efectividad, eficiencia y eficacia de los abordajes terapéuticos. La *efectividad* se entiende como el grado en que se logra el efecto deseado en condiciones de la práctica clínica habitual

(Crespo-Facorro et al., 2017). La *eficacia* terapéutica se entiende como la capacidad que posee un tratamiento para generar cambios psicológicos en una dirección esperada, siendo superiores a las condiciones placebo, de no intervención o incluso a otros tratamientos estándar (Fernández y Pérez, 2001). La *eficiencia* puede entenderse como las características que posee un abordaje terapéutico, que hacen que tenga el costo más bajo posible para el individuo o para la sociedad (Crespo-Facorro et al., 2017). En este contexto, sería útil que futuros estudios puedan determinar cuál es la efectividad, eficacia y la eficiencia de los abordajes terapéuticos para los adultos con TDAH, ya que podrían orientar respecto a cuáles son los que generan los mayores beneficios con menores costos y aquellos abordajes que en efecto generan los cambios que buscan alcanzar.

8. Conclusiones

Pudimos evidenciar que para reportar de forma clara la realización de una investigación en una revisión sistemática, se necesita que en ella estén presentes los criterios recomendados por la literatura para establecer que está basada en la evidencia. En muchos casos, se pudieron comprender de mejor forma aquellos trabajos que cumplían con la mayoría de los criterios de TBE, ya que se especificaban con mayor detalle los procedimientos, en comparación con aquellos que cumplían con menos criterios, lo que es una limitación para poder realizar una adecuada revisión sistemática. En esta misma línea, quedaron fuera de esta revisión varios estudios que no contaban con criterios de TBE, lo cual es lamentable, ya que muchas propuestas eran novedosas y parecían prometedoras.

A lo largo de esta revisión sistemática se pudo determinar que los resultados obtenidos eran efectivos, pero cada estudio utilizó metodologías y contextos diferentes, por lo que

resulta dificultoso comparar los resultados de un estudio con otros, además de existir diversas limitaciones propias de este tipo de estudios, como falta de grupo control, falta de aleatorización, muestras pequeñas y corto período de seguimiento, lo que impide generalizar resultados y deben interpretarse con cautela. Lo que se puede afirmar es que los abordajes terapéuticos aplicados a grupos experimentales, como el mindfulness y la terapia cognitivo conductual, resultaron ser más efectivos que los tratamientos usuales, que incluyen por lo general manejo farmacológico y psicoeducación por parte de médicos.

Se visualiza a través del análisis realizado que hay estudios de gran calidad y otros con aspectos a mejorar, lo que indica que se necesitan seguir perfeccionando las intervenciones psicoterapéuticas en base a las que han tenido mejores resultados. Por lo anterior, se recomienda que los futuros investigadores describan en detalle su investigación y consideren incluir los criterios de TBE que recomienda la literatura. Así mismo, es importante que las futuras revisiones sistemáticas consideren estos criterios para poder determinar la calidad de las investigaciones que se analizan, para asegurar que cuentan con estándares científicos y de este modo, informar acerca de la calidad, eficiencia, eficacia y efectividad de sus abordajes terapéuticos. Así se podrá ofrecer a los pacientes adultos con TDAH mejores tratamientos que los actuales y que generen beneficios a las personas en los diferentes aspectos de su vida y con ello, también a quienes los rodean.

Referencias

- Adler, L. y Shaw, D. (2011). Diagnosing ADHD in adults. En Buitelaar, J., Kan, C. y Asherson, P. (Eds.), *ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment* (pp. 91-105). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Alonso, E., Diz, L., Fernández, M., García, L. y Giachetto, G. (2015). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): controversias terapéuticas. *Anales de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay*, 2, 36-47.
- American Psychiatry Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: Author.
- Andreu, C., Letosa, J., López, M. y Mínguez, V. (2015). Implicaciones forenses en adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Española de Medicina Legal*, 41(2), 65-71.
- Arns, M., Heinrich, H. y Strehl, U. (2014). Evaluation of neurofeedback in ADHD: the long and winding road. *Biological psychology*, 95, 108-115.
- Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. V. y Rohde, L. A. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 568–578.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Editorial Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Arlington, Virginia, Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
- Bachmann, K., Lam, A. P., Sörös, P., Kanat, M., Hoxhaj, E., Matthies, S., ... Philipsen, A. (2018). Effects of mindfulness and psychoeducation on working memory in adult

- ADHD: A randomised, controlled fMRI study. *Behaviour Research and Therapy*, 106, 47–56.
- Barkley, R. (2018). Focus on the Side Effects of Psychosocial Treatments for Children and Teens with ADHD: A Special Issue. *The ADHD Report*, 26(1), 1-4.
- Barlow, D. (2010). Negative effects from psychological treatments: a perspective. *American psychologist*, 65(1), 13-20.
- Barra de la, F., Vicente, B., Saldivia, S. y Melipillán, R. (2012). *Epidemiology of ADHD in Chilean children and adolescents. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5(1), 1–8.
- Biederman, J., Petty, C. R., Evans, M., Small, J. y Faraone, S. V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Research*, 177(3), 299–304.
- Bramham, J., Young S., Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D. y Xenitidis K. (2009). Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12(5):434–441
- Brown, T. E. (2011). Adult ADHD and mood disorders. En Buitelaar, J., Kan, C. y Asherson, P. (Eds.), *ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment* (pp. 121-129). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Canu, W. H. y Wymbs, B. T. (2015). Novel approaches to Cognitive-Behavioral Therapy for adult ADHD. *Cognitive and behavioral practice*, 22(2), 111-115.
- Cole, P., Weibel, S., Nicastro, R., Hasler, R., Dayer, A., Aubry, J, ... y Perroud, N. (2016). CBT/DBT skills training for adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatria Danubina* , 28(1), 103-107.

- Conners, C., Erhardt, D., Epstein, J., Parker, J., Sitarenios, G. y Sparrow, E. (1999). Self-ratings of ADHD symptoms in adults I: Factor structure and normative data. *Journal of Attention Disorders*, 3, 141–151.
- Cortese, S. (2012). The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): What every clinician should know. *European Journal of Paediatric Neurology*, 16(5), 422–433.
- Crespo-Facorro, B., Bernardo, M., Argimon, J. M., Arrojo, M., Bravo-Ortiz, M. F., Cabrera-Cifuentes, A., ... y Olivares, J. M. (2017). Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 4-20.
- Cuevas, P., Talallero, P., Villarreal, A. y Ayala, M. (2017). Evidence-based psychotherapy. Current situation. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 45(1), 32-38.
- Cunill, R. y Castells, X. (2015). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Medicina Clínica*, 144(8), 370-375.
- Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS. Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10(1), 1-19.
- Denyer, D. y Tranfield, D. (2009). *Producing a systematic review*. The Sage handbook of organizational research methods. Thousand Oaks, California, Estados Unidos: Sage Publications.
- Dittner, A., Hodsoll, J., Rimes, K., Russell, A. y Chalder, T. (2017). Cognitive-behavioural therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder: a proof of concept randomised controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(2), 125–137.
- Duffau, T. (1999). Tamaño muestral en estudios biomédicos. *Revista chilena de pediatría*,

70(4), 314-324.

- Edel, M., Hölter, T., Wassink, K. y Juckel, G. (2014). A comparison of mindfulness-based group training and skills group training in adults with ADHD: an open study. *Journal of attention disorders*, 21(6), 533-539.
- Eddy, L., Canu, W., Broman-Fulks, J. y Michael, K. (2015). Brief cognitive behavioral therapy for college students with ADHD: A case series report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(2), 127-140.
- Epstein, J. N. y Johnson, D. (2001). *Conners' adult ADHD diagnostic interview for DSM-IV*. New York: Multi-Health Systems.
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., ... Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190(05), 402-409.
- Fernández, J., y Pérez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 337-344.
- Fleming, A., McMahon, R., Moran, L., Peterson, A. y Dreesen, A. (2015). Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *Journal of attention disorders*, 19(3), 260-271.
- Freeman, A y Morgillo, S. (2006). Group Therapy. En Felgoise, S., Nezu, A., Nezu, C. y Reinecke, M. (Eds.). *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* (pp. 199-203). Nueva York, Estados Unidos: Springer Science & Business Media.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(1), 136-148.
- Gibbins, C. y Weiss, M. (2007). Clinical recommendations in current practice guidelines for

- diagnosis and treatment of ADHD in adults. *Current Psychiatry Reports*, 9(5), 420–426.
- Gillberg, C., Gillberg, C., Anckarsäter, H. y Råstam, M. (2011). Overlap between ADHD and autism spectrum disorder in adults. En Buitelaar, J., Kan, C. y Asherson, P. (Eds.), *ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment* (pp. 157-165). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Ginsberg, Y., Hirvikoski, T. y Lindefors, N. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry*, 10, 112.
- Guerrero, J. y Pérez, R. (2011). El alumnado con TDAH (hiperactividad) como colectivo en riesgo de exclusión social: propuestas de acción y de mejora. *Revista Ruedes*, 2, 37-59.
- Hesslinger B, Philipsen A. y Richter H. (2004). *Psychotherapie der ADHS Im Erwachsenenalter: Ein Arbeitsbuch*. Alemania: Hogrefe Verlag.
- Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M. y Ebert, D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults—A pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 177- 184.
- Hirvikoski, T., Lindström, T., Carlsson, J., Waaler, E., Jokinen, J. y Bölte, S. (2017). Psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): A pragmatic multicenter and randomized controlled trial. *European Psychiatry*, 44, 141–152.
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Lindström, T., Bölte, S., y Jokinen, J. (2015). Cognitive behavior therapy-based psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): an open clinical feasibility trial. *ADHD Attention Deficit and*

- Hyperactivity Disorders*, 7(1), 89-99.
- Hoxhaj, E., Sadohara, C., Borel, P., D'Amelio, R., Sobanski, E., Müller, H., ... y Philipsen, A. (2018). Mindfulness vs psychoeducation in adult ADHD: a randomized controlled trial. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 268(4), 321-335.
- Huang, F., Qian, Q. y Wang, Y. (2015). Cognitive behavioral therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(161), 2-8.
- Jaimes, A. y Ortiz, S. (2016). Trastorno por déficit de atención en la edad adulta y en universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 59(5), 6-14.
- Jans, T., Jacob, C., Warnke, A., Zwanzger, U., Groß-Lesch, S., Matthies, S., ... y Retz, W. (2015). Does intensive multimodal treatment for maternal ADHD improve the efficacy of parent training for children with ADHD? A randomized controlled multicenter trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(12), 1298-1313.
- Janssen, L., Kan, C., Carpentier, P., Sizoo, B., Hepark, S., Schellekens, M., ... y Speckens, A. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: a multicentre, single-blind, randomised controlled trial. *Psychological medicine*, 49(1), 1-11.
- Keshavan, M., Vinogradov, S., Rumsey, J., Sherrill, J., y Wagner, A. (2014). Cognitive training in mental disorders: update and future directions. *American Journal of Psychiatry*, 171(5), 510-522.
- Khan, K., Kunz, R., Kleijnen, J. y Antes, G. (2003). Five steps to conducting a systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(3), 118-121.

- Kim, J.-H., Lee, E.-H. y Joung, Y.-S. (2013). The WHO Adult ADHD Self-Report Scale: Reliability and validity of the Korean Version. *Psychiatry Investigation*, 10, 41-46.
- Kooij, S., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P., ... y Gaillac, V. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 10(67), 1-24.
- LaCount, P., Hartung, C. M., Shelton, C., Clapp, J. y Clapp, T. (2015). Preliminary evaluation of a combined group and individual treatment for college students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(2), 152-160.
- Lam, R. (2005). Metodología para la confección de un proyecto de investigación. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 21(2), 1-20.
- Landgraf, J. M. (2007). Monitoring quality of life in adults with ADHD: Reliability and validity of a new measure. *Journal of Attention Disorders*, 11(3), 351-362.
- Letelier, L., Manríquez, J. y Rada, G. (2005). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia?. *Revista médica de Chile*, 133(2), 246-249.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford.
- Linehan, M. y Wilks, C. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American journal of psychotherapy*, 69(2), 97-110.
- Mayer, K., Blume, F., Wyckoff, S. N., Brokmeier, L. L. y Strehl, U. (2016). Neurofeedback of slow cortical potentials as a treatment for adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical Neurophysiology*, 127(2), 1374–1386.
- Ministerio de Salud-MINSAL. (2008). *Atención integral de niñas/niños y Adolescentes con Trastorno Hiperactivo/Trastorno de la Atención (THA): Guía clínica*. Recuperado de:

https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/8.-

MINSAL_TRASTORNOS-HIPERCIN%C3%89TICOS-2008.pdf

- Morgensterns, E., Alfredsson, J. y Hirvikoski, T. (2015). Structured skills training for adults with ADHD in an outpatient psychiatric context: an open feasibility trial. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8(2), 101-111.
- Napoli, M., Krech, P. y Holley, L. (2005). Mindfulness training for elementary school students: The attention academy. *Journal of applied school psychology*, 21(1), 99-125.
- Nasri, B., Castenfors, M., Fredlund, P., Ginsberg, Y., Lindefors, N. y Kaldo, V. (2017). Group Treatment for Adults With ADHD Based on a Novel Combination of Cognitive and Dialectical Behavior Interventions. *Journal of Attention Disorders*. 1-13.
- Navarro-Haro, M., López-del-Hoyo, Y., Campos, D., Linehan, M., Hoffman, H., García-Palacios, A., ... y García-Campayo, J. (2017). Meditation experts try Virtual Reality Mindfulness: A pilot study evaluation of the feasibility and acceptability of Virtual Reality to facilitate mindfulness practice in people attending a Mindfulness conference. *PloS one*, 12(11), 1-14.
- Oddo, L., Knouse, L., Surman, C. y Safren, S. (2018). Investigating resilience to depression in adults with ADHD. *Journal of attention disorders*, 22(5), 497-505.
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Pettersson, R., Söderström, S., Edlund-Söderström, K. y Nilsson, K. W. (2014). Internet-based cognitive behavioral therapy for adults with ADHD in outpatient psychiatric care: A randomized trial. *Journal of attention disorders*, 21(6), 508-521.

- Philipsen, A., Jans, T., Graf, E., Matthies, S., Borel, P., Colla, M., ... y Sobanski, E. (2015). Effects of group psychotherapy, individual counseling, methylphenidate, and placebo in the treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 72(12), 1199-1210.
- Philipsen, A., Richter, H., Peters, J., Alm, B., Sobanski, E., Colla, M., . . .Hesslinger, B. (2007). Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder: Results of an open multicentre study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 1013-1019
- Portela, A., Carbonell, M., Hechavarría, M. y Jacas, C. (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. *Medisan*, 20(04), 556-607.
- Ramos-Quiroga, J. A., Bosch-Munsó, R., Castells-Cervelló, X., Nogueira-Morais, M., García-Gimenez, E., y Casas-Brugué, M. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder in adults: a clinical and therapeutic characterization. *Revista de neurologia*, 42(10), 600-606.
- Rodríguez Pérez, C., Núñez Pérez, J. C., Rodríguez Díaz, F. J., Parrales Granda, A., Bringas Molleda, C., y García Fernández, T. (2015). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Prevalencia y características sociodemográficas en población reclusa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(4), 698-707.
- Safren, S. (2006). Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 46-50.
- Safren, S., Otto, M., Sprich, S., Winett, C., Wilens, T. y Biederman, J. (2005). Cognitive-

- behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43(7), 831–842.
- Safren, S., Perlman, C., Sprich, S. y Otto, M. (2005). *Mastering your adult ADHD: A cognitive-behavioral treatment program—Therapist guide*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Serra-Pla, J., Pozuelo, M., Richarte, V., Corrales, M., Ibáñez, P., Bellina, M., ... y Ramos-Quiroga, J. A. (2017). Tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en la edad adulta a través de la realidad virtual mediante un programa de mindfulness. *Revista de neurología*, 64(1), 117-122.
- Shaikh, A. (2017). Group Therapy for Improving Self-Esteem and Social Functioning of College Students With ADHD. *Journal of College Student Psychotherapy*, 32(3), 220–241.
- Shapiro, S. L. y Carlson, L. E. (2017). What is mindfulness? En S. L. Shapiro y L. E. Carlson, *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions* (pp. 9-20). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Tong, L. y Farrington, D. (2006). How effective is the “Reasoning and Rehabilitation” programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries. *Psychology, Crime & Law*, 12(1), 3–24.
- Tuckman, A. (2007). *Integrative treatment for adult ADHD*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Van Der Donk, M., Hiemstra-Beernink, A. C., Tjeenk-Kalff, A., Van Der Leij, A. y Lindauer, R. (2015). Cognitive training for children with ADHD: a randomized controlled trial of cogmed working memory training and ‘paying attention in class’. *Frontiers in*

psychology, 6, 1-13.

Vidal, E., Bosch, R., Nogueira, M., Casas, M. y Ramos, J. (2012). Tratamiento psicológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: revisión sistemática. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(3), 147-154.

Wang, X., Cao, Q., Wang, J., Wu, Z., Wang, P., Sun, L., ... y Wang, Y. (2016). The effects of cognitive-behavioral therapy on intrinsic functional brain networks in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 76, 32–39.

Weiss, M., Gibbins, C. y Hunter, J. (2011). Attention-deficit hyperactivity disorder and anxiety disorder in adults. En Buitelaar, J., Kan, C. y Asherson, P. (Eds.), *ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment* (pp. 130-137). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.

Young, J. y Goodman, D. (2016). Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis, Management, and Treatment in the DSM-5 Era. *The primary care companion for CNS disorders*, 18(6), 1-18.

Young, S., Emilsson, B., Sigurdsson, J. F., Khondoker, M., Philipp-Wiegmann, F., Baldursson, G., ... y Gudjonsson, G. (2016). A randomized controlled trial reporting functional outcomes of cognitive-behavioural therapy in medication-treated adults with ADHD and comorbid psychopathology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267(3), 267–276.

Young, S. y Ross, R. (2007). *R&R2 for ADHD youths and adults: a prosocial competence training program*. Ottawa: Cognitive Centre of Canada.

Zinnow, T., Banaschewski, T., Fallgatter, A. J., Jenkner, C., Philipp-Wiegmann, F., Philipsen, A., ... y Rösler, M. (2018). ESCAlate-Adaptive treatment approach for adolescents and

adults with ADHD: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19(280), 1-

15.

Anexos

Anexo 1. Tabla de registro de artículos seleccionados

DATOS DEL ARTÍCULO				
Fuente	Título	Autores	Año	
Scholar	Effects of Group Psychotherapy, Individual Counseling, Methylphenidate, and Placebo in the Treatment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder	Phillipsen et al.	2015	
	Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Adults With ADHD in Outpatient Psychiatric Care	Pettersson et al.	2014	
	A Comparison of Mindfulness-Based Group Training and Skills Group Training in Adults With ADHD	Edel et al.	2014	
	Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: a multicentre, single-blind, randomised controlled trial	Janssen et al.	2018	
	Group Treatment for Adults With ADHD Based on a Novel Combination of Cognitive and Dialectical Behavior Interventions	Nasri et al.	2017	
	Cognitive behavior therapy-based psychoeducational groups for adults with ADHD and their Significant others (PEGASUS): an open clinical feasibility trial	Hirvikoski et al.	2015	
WOS	Mindfulness vs psychoeducation in adult ADHD: a randomized controlled trial	Hoxhaj et al.	2018	
	Treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults using virtual reality through a mindfulness programme	Serra-Pla et al.	2017	
	Structured skills training for adults with ADHD in an outpatient psychiatric context: an open feasibility trial	Morgensterns et al.	2015	
	CBT/DBT skills training for adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)	Cole et al.	2016	
	Brief Cognitive Behavioral Therapy for College Students With ADHD: A Case Series Report	Eddy et al.	2015	
	Preliminary Evaluation of a Combined Group and Individual Treatment for College Students With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder	LaCount et al.	2015	
	Cognitive behavioral therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: study protocol for a randomized controlled trial	Huang et al.	2015	
	Pilot Randomized Controlled Trial of Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for ADHD Among College Students	Fleming et al.	2015	
		Cognitive-behavioural therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder: a proof of concept randomised controlled trial	Dittner et al.	2017
		A randomized controlled trial reporting functional outcomes of cognitive-behavioural therapy in medication-treated adults with ADHD and comorbid psychopathology	Young et al.	2016
Ebsco	Effects of mindfulness and psychoeducation on working memory in adult ADHD: A randomised, controlled fMRI study	Bachmann et al.	2018	
	ESCALate Adaptive treatment approach for adolescents and adults with ADHD: study protocol for a randomized controlled trial	Zinnow et al.	2018	
	Neurofeedback of slow cortical potentials as a treatment for adults with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder	Mayer et al.	2016	
	Group Therapy for Improving Self-Esteem and Social Functioning of College Students With ADHD	Shaikh	2017	
	Psychoeducational groups for adults with ADHD and their Significant others (PEGASUS): A pragmatic multicenter and randomized controlled trial	Hirvikoski et al.	2017	
	The effects of cognitive-behavioral therapy on intrinsic functional brain networks in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder	Wang et al.	2016	

Continuación:

CRITERIOS TBE						
Control y experimental	Criterio inclusión y exclusión	Asignación aleatoria	Técnicas sistematizadas	Resultados con medidas estandarizadas	Se indica conducta que se espera sea modificada	
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí