



**Universidad
Europea** CANARIAS

**Comparación de tratamientos
psicológicos en personas con TDAH en
la mejoría de la calidad de vida y la
conducta adaptativa. Una revisión
sistemática.**

Trabajo fin de Máster

Autor: Ramón Izquierdo Peraza

Tutora: Raquel Martín González

28 de enero de 2024

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) puede impactar especialmente sobre la calidad de vida (QoL) y la conducta adaptativa (CA). A pesar de ello existe una falta de evidencia sobre qué tratamientos psicológicos son más eficaces en estas áreas porque la investigación se ha centrado generalmente en la disminución de los síntomas.

La presente revisión sistemática tiene como objetivo identificar qué terapias psicológicas resultan más eficaces para mejorar la QoL y/o la CA de las personas con TDAH. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados que compararan dos o más intervenciones psicológicas en QoL y/o CA. Para ello se realizaron búsquedas en APA PsycInfo, Medline, CINAHL, CENTRAL y Scopus durante octubre de 2024. Para evaluar el riesgo de sesgo se utilizaron las 11 preguntas para entender un ensayo clínico de CASPe. Se utilizó la síntesis narrativa apoyada en tablas para sintetizar los resultados.

Se incluyeron ocho artículos: seis dirigidos a niños y dos a adultos; cuatro medían QoL y cinco CA. Los resultados indican que una variedad de tratamientos psicológicos son eficaces. Sin embargo, la diversidad metodológica y la falta de un marco teórico uniforme dificultan su comparación. La evidencia parece apuntar a que las intervenciones multicomponente, dirigidas a constructos desde funciones concretas y que consideren la importancia de diversas aproximaciones, individualizando y personalizando el tratamiento en función de las necesidades se muestran ligeramente superiores en la mejoría de la QoL y la CA de las personas con TDAH.

Palabras clave: calidad de vida, conducta adaptativa, eficacia, psicoterapia, TDAH, trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) can particularly impact on quality of life and adaptive behavior. Despite this, there is a lack of evidence on which psychological treatments are most effective in these areas because research has generally focused on symptom reduction.

The present systematic review aims to identify which psychological therapies are most effective in improving quality of life and/or adaptive behavior in people with ADHD. Randomized clinical trials comparing two or more psychological interventions on quality of life and/or adaptive behavior were included. For this purpose, searches were conducted in APA PsycInfo, Medline, CINAHL, CENTRAL and Scopus during October 2024. The CASPe 11 questions for understanding a clinical trial were used to assess risk of bias. Table-supported narrative synthesis was used to synthesize the results.

Eight articles were included: six aimed at children and two at adults; four measured quality of life and five measured adaptive behavior. The results indicate that a variety of psychological treatments are effective. However, methodological diversity and the lack of a uniform theoretical framework make comparison difficult. The evidence suggests that multicomponent interventions, targeting constructs according to specific functions and taking into account the importance of different approaches, individualising and personalising treatment according to the individual's needs may be superior in improving quality of life and adaptive behavior of people with ADHD.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD, adaptive behavior, efficacy, psychotherapy, quality of life.

Introducción

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo de inicio en la infancia caracterizado por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad (American Psychiatric Association [APA], 2023). Se divide en tres tipos: presentación predominante con falta de atención (frecuente desvío de la atención, falta de persistencia, dificultad para mantener la atención y desorganización que no se explican por dificultades o problemas en la comprensión), presentación predominante hiperactiva/impulsiva (exceso en la actividad motora inapropiada para el contexto y acciones apresuradas sin reflexión previa que crean un riesgo) y combinada (APA, 2023). Pudiendo impactar sobre la vida en el hogar, la escuela, el trabajo y el entorno social, llegando a ser discapacitante en sus presentaciones más graves (APA, 2023).

En lo referente a la etiología se trata de un trastorno con un alto componente genético (Martínez et al., 2015; Wilma, 2013), en el que influyen diversos factores ambientales, especialmente durante el embarazo y el parto (Martínez et al., 2015). El trastorno presenta un sustrato neurobiológico y funcional con implicación del córtex prefrontal, cuerpo calloso, ganglios basales y vermis cerebeloso, además de los neurotransmisores noradrenalina y dopamina (Hart et al., 2014; Martínez et al., 2015; Quintero y Miernau, 2012). El diagnóstico del TDAH es clínico, es decir, no existen biomarcadores para el trastorno, requiriéndose de una historia con información de diferentes fuentes y en detalle (Hart et al., 2014; Martínez et al., 2015). Este es uno de los puntos clave para entender la controversia del diagnóstico de TDAH en la adultez; en esta línea, las últimas versiones del DSM sugieren que el TDAH puede perdurar en esta etapa, aunque con inicio en la infancia (APA, 2023). Otros autores señalan hipótesis alternativas aunque más controversiales, señalando que la mayoría de los casos de adultos con

TDAH (67.5%-90%) no manifiestan sintomatología durante la infancia y defienden la idea de TDAH de inicio tardío como un síndrome diferente con una trayectoria de desarrollo distinta (Agnew-Blais et al., 2016; Caye et al., 2016; Moffit et al., 2015; Sibley et al., 2017) . Aunque hay críticos que sostienen que estos casos bien podrían suponer individuos con sintomatología no detectada durante la infancia, o incluso a artefactos metodológicos como la validez de los instrumentos de screening para el TDAH, la incapacidad para detectar síntomas que surgieron en largos intervalos entre evaluaciones, falsos positivos o no considerar otros trastornos mentales, problemas de salud o sintomatología derivada de consumo de sustancias (Faraone et al., 2005).

En cuanto a la prevalencia, se trata de uno de los trastornos con mayor prevalencia a nivel mundial, siendo especialmente importante en la infancia y la adolescencia, aunque persiste en la adultez en dos tercios de los casos (Faraone et al., 2005; Polanczyk et al., 2015). La prevalencia se encuentra en torno al 5% en niños y adolescentes y el 2,5% en la adultez (APA, 2023; Faraone et al., 2015), aunque los porcentajes pueden variar significativamente (Popit et al., 2024). En España se han visto unos datos similares en niños, con un 5,4%, aunque algo diferente en adultos, con un 1,2% (Aragonès et al., 2010; Cerrillo-Urbina et al., 2018), mientras que en Canarias se presenta con un 4,9% en población escolar (Jiménez et al., 2012). Esta variabilidad posiblemente se deba a otra de las características del TDAH: la alta heterogeneidad entre géneros, culturas y etapas del desarrollo (Faraone et al., 2021). Esta variabilidad se observa también en la alta comorbilidad, ya que un alto porcentaje de personas con TDAH presentan otros trastornos psicopatológicos asociados, como ansiedad, discapacidad intelectual, depresión, otros trastornos del neurodesarrollo... (Gregorič, 2021); de acuerdo con el DSM-5 hay 16 comorbilidades frecuentes asociadas al trastorno (APA, 2023). Además estas comorbilidades son estables en el tiempo y hacen muy complicado encontrar un caso de diagnóstico puro de TDAH

(Gregorič, 2021). En lo referente a otros problemas y comorbilidades, Thorell y Rydell (2008) encontraron que los niños con TDAH tienen un número más alto de síntomas oposicionista-desafiantes y niveles mayores de problemas tanto internalizantes como externalizantes, además se reportaron niveles mayores de impacto en los aspectos del día a día y la carga de los familiares en los niños con mayor sintomatología de TDAH. Asimismo, Agarwal et al. (2012), observaron cómo la población adulta con TDAH sufre de mayor ansiedad, depresión, somnolencia y de una menor calidad de vida (QoL, por sus siglas en inglés). Otros autores señalan que las personas con TDAH también suelen ver sus relaciones interpersonales deterioradas como causa de su comportamiento (McQuade y Hoza, 2015). Según los datos recopilados en la revisión realizada por Cherkasova et al. (2012), se ha reportado como, a lo largo del desarrollo la presentación de TDAH tiende a venir acompañada de: control inhibitorio pobre, *span* atencional bajo, conducta “inmanejable” en diversos contextos en la infancia, empeoramiento en logros escolares, interacciones familiares y relaciones sociales en edad escolar y tienen mayor riesgo de un peor rendimiento académico, comportamientos sexuales de riesgo, embarazos indeseados, peor rendimiento en el trabajo, problemas maritales o accidentes de tráfico durante la adolescencia y la adultez.

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino también como la presencia de bienestar físico, mental y social (WHO, 1948). En la misma línea la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL, del inglés *Health Related Quality of Life*) es definida como el bienestar asociado a los ámbitos físico, psicológico y social de la salud, en los que influyen experiencias, creencias, expectativas y percepciones (Brook et al., 1979; Brook et al., 1983; Patrick et al., 1973, citados en Testa y Simonson, 1996). Tanto los niños y adolescentes (Wehmeier et al., 2010) como los adultos

(Quintero et al., 2019) con TDAH apuntan a tener una peor calidad de vida general que el resto de la población, lo cual resultaría coherente observando los problemas y comorbilidades descritos en el párrafo anterior. Además, la APA (2023) recomienda que el TDAH sea considerado como una condición crónica. Siendo así, la mejora de la calidad de vida debería considerarse como uno de los objetivos en el tratamiento del TDAH.

Por otra parte, el funcionamiento (o conducta) adaptativo se refiere a la conducta crítica para la vida diaria en términos de comunicación, socialización, autoayuda y habilidades para la vida/independencia y que, en general, resume las habilidades necesarias para funcionar y ser autosuficientes en contextos de la vida diaria (Sparrow et al., 2005). Indica el nivel de desempeño en actividades de la vida diaria que permite a una persona desarrollarse en roles típicos de la sociedad, incluye además el mantenimiento de la independencia y el lograr expectativas culturales en referencia a las responsabilidades sociales y personales (*APA Dictionary Of Psychology*, n. d.). Actualmente no existe una definición universal del constructo, sino que está mediada por qué mide la herramienta de evaluación utilizada (Price et al., 2018). En el TDAH no se han enfatizado *per se* los déficits en conducta adaptativa (CA), ni en la evaluación ni en el tratamiento, sin embargo las personas con TDAH tienden a desarrollar conductas que podrían resultar en disfunción adaptativa (Roizen, et al., 1994). En este sentido, se han referido ya: deterioro en las relaciones sociales, empeoramiento en logros escolares, interacciones familiares o peor rendimiento en el trabajo. El TDAH se operativiza tradicionalmente en relación con la sintomatología, sin embargo la investigación sugiere que deberían tenerse en cuenta factores personales, sociales, ambientales y funcionales (Bölte et al., 2018). De esta manera, conceptualizar el TDAH en términos que no solo se basen en el trastorno, sino en la funcionalidad o la salud general de la persona puede ser útil para reflejar la unicidad de

la situación de los pacientes, además de permitir una percepción menos estigmatizante que el mero diagnóstico o la psicopatología (Bölte et al., 2018), haciendo de la conducta adaptativa un aspecto fundamental en el tratamiento del TDAH.

Una gran variedad de tratamientos basados en la evidencia son usados en el TDAH, tanto farmacológicos como no farmacológicos. Los factores que guían a la aplicación de uno u otro dependen de multitud de variables, indicándose tanto por separado como en combinación (tratamiento multimodal) (Scholz et al., 2023). El objetivo de los tratamientos en el TDAH es o bien reducir los síntomas, o mejorar el funcionamiento adaptativo o mejorar su bienestar junto con el de la familia, en el caso de los niños (Atkinson y Hollis, 2010). En cuanto al tratamiento farmacológico, la primera opción son los fármacos psicoestimulantes, siendo el metilfenidato el de primera elección, seguidos de la atomoxetina (Moreno Fontiveros et al., 2015); algunos autores apuntan a que mejoran no solo los síntomas y el deterioro en el comportamiento, sino problemas asociados como irritabilidad, cambios de humor, baja autoestima, problemas cognitivos o funcionamiento social y familiar (Moreno Fontiveros et al., 2015). Otros tratamientos farmacológicos incluyen los fármacos no psicoestimulantes, como la atomoxetina, ya mencionada, o, con nivel más bajo de evidencia, los antidepresivos como el bupropión (Moreno Fontiveros et al., 2015; Verbeeck et al., 2017) o la desipramida (Otasowie et al., 2014). En lo referente a los tratamientos no farmacológicos Evans et al. (2014) clasifican los tratamientos psicosociales para el TDAH en dos grupos. Uno está formado por los tratamientos que involucran el entrenamiento a padres, profesores o *program staff* y que tienen como objetivo principal modificar las contingencias conductuales del entorno, incluirían: entrenamiento en manejo conductual con padres, manejo conductual del aula e intervenciones conductuales entre iguales. El otro engloba las intervenciones centradas en el desarrollo de habilidades específicas

sin depender de la manipulación de contingencias del entorno, como: entrenamiento en habilidades sociales y de la organización, entrenamiento cognitivo o neurofeedback.

El tratamiento se ajusta conforme a la edad y esto se refleja en las aproximaciones más comunes para cada caso, siendo más habitual que se recomiende la medicación en niños solo si los síntomas persisten tras modificaciones en el entorno, mientras que en adultos se trata del tratamiento más común (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018). Aunque una de las recomendaciones de la guía NICE es que se lleve a cabo un plan holístico que tenga en cuenta las necesidades psicológicas, comportamentales, ocupacionales o educacionales de la persona (NICE, 2018). En cualquier caso la Asociación Americana de Psicología (2016) recomienda aplicar terapia psicosocial primero, solo seguida por farmacoterapia si resulta insuficiente.

Las intervenciones psicológicas que han mostrado alguna evidencia en el TDAH se basan en los principios de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad [TDAH] en Niños y Adolescentes y Fundació Sant Joan de Déu Coordinador, 2010), mientras que existen otras opciones que requieren de mayor evaluación (Scholz et al., 2023). Además, por las características propias del TDAH resulta importante centrar el tratamiento no solo en la reducción de los síntomas sino en otras variables de vital importancia como la conducta adaptativa o la calidad de vida.

El objetivo de esta revisión sistemática (RS), es evaluar en qué medida algunos tratamientos psicológicos son superiores a otros en la intervención del TDAH, en cuanto a su impacto en la calidad de vida y/o la conducta adaptativa.

Método

Para la presente RS se utilizó el Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones (Higgins y Green, 2011) y se informa de acuerdo a las directrices de PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

Criterios de Inclusión

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y controlados, que evalúan la eficacia de una intervención psicológica dirigida a mejorar variables de personas diagnosticadas con TDAH. Sólo se incluyeron aquellos artículos que dieran la información suficiente para identificar los tipos de intervención llevados a cabo. Se excluyeron estudios observacionales, no aleatorizados, de casos, otras revisiones, metaanálisis, protocolos y cualquier estudio con diseño cuasiexperimental. También se excluyeron estudios de cohorte y transversales.

Los tipos de publicaciones incluidos fueron: trabajos primarios (artículos o informes de ensayos), mientras que se excluyeron artículos de opinión, revisiones o cartas a editoriales y resúmenes de congresos.

Los estudios debían incluir participantes con un diagnóstico de TDAH o trastorno hiperactivo diagnosticado de acuerdo con los criterios diagnósticos de cualquier versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) o la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE). No se restringió la inclusión por rangos de edad en los participantes. Dentro de las muestras de los estudios seleccionados podía haber comorbilidades, siempre y cuando éstas fueran secundarias y la intervención estuviera enfocada principalmente al TDAH. Se excluyeron por tanto aquellos ensayos en los que, además de un diagnóstico de TDAH se contemplara trastorno mental grave, ideación suicida, trastornos alimentarios graves, abuso de sustancias y discapacidad intelectual, pero incluyéndose las que se dirigen al TDAH

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava www.universidadeuropea.com

con una comorbilidad subclínica o, por ejemplo, desregulación emocional sin otros trastornos asociados.

Los estudios debían aportar resultados de intervenciones psicológicas y/o psicopedagógicas aplicadas por profesionales de la psicología: neurofeedback, entrenamiento cognitivo, terapia de conducta, *coaching*, psicoeducación o entrenamiento en habilidades. Se contemplan también programas que incluyan una combinación de este tipo de tratamientos.

Cada ensayo tenía que comparar al menos dos tipos de intervenciones psicológicas, es decir, los ensayos deberían contar con al menos un comparador activo que consista en una intervención psicológica. Además, la intervención propia del grupo control no debía consistir en una intervención no estructurada o sin protocolizar (e.g. grupos de apoyo en los que el psicólogo tiene un rol no-participante). Se incluyeron intervenciones mixtas siempre y cuando todas las condiciones cuenten con las mismas formas de intervención agregadas (e.g. mindfulness+metilfenidato vs psicoeducación+metilfenidato). Las intervenciones mixtas podían ser de cualquier tipo (farmacológica, médica, en deporte...).

En lo referente a los *outcomes* se debían medir como primarios o secundarios los referentes a la calidad de vida, relacionada con la salud y/o el bienestar de la persona; o la conducta adaptativa, es decir, el nivel de desempeño en tareas de la vida diaria, mantenimiento de la independencia o el logro de las responsabilidades sociales y personales que permiten a las personas desempeñar roles típicos en sociedad. Categorías específicas tenidas en cuenta para la inclusión serían: el funcionamiento en áreas como la académico-laboral, familiar, habilidades comunicativas o uso de recursos de la comunidad. Se tuvieron en cuenta aquellas medidas que facilitan o son predictoras de una mejor conducta adaptativa, por ejemplo conductas académicas

facilitadoras. Se excluyeron aquellos ensayos que no usaban una escala validada o un informe observable y cuantificable en la medición de estos resultados.

Se incluyeron estudios en inglés o en español.

Se lanzaron búsquedas en octubre de 2024 en las bases de datos: APA PsycInfo, Medline Complete, CINAHL with full text, CENTRAL y Scopus. Para las tres primeras se utilizó la misma búsqueda mediante el motor de búsqueda de la Biblioteca Casa Salazar y se lanzó el 31 de octubre de 2024; se adaptó la estrategia para CENTRAL (búsqueda realizada el 28 de octubre de 2024) y Scopus (búsqueda realizada el 31 de octubre de 2024). Para construir la estrategia se utilizaron términos de texto libre y controlado, seleccionando términos relacionados con: TDAH, calidad de vida y conducta adaptativa, así como todos los propios de cada una de las intervenciones psicológicas (neurofeedback, entrenamiento cognitivo, terapia de conducta y psicoeducación) y diseño de intervención (*clinical trial*, *controlled trial*, *double blind*, etc). Se puede observar la estrategia de búsqueda en detalle en el Apéndice A.

Proceso de Selección de los Estudios

Un único revisor realizó la selección por título y resumen de todos los resultados obtenidos una vez se eliminaron automáticamente los duplicados. Una segunda revisora supervisó el proceso y resolvió dudas.

Una vez se seleccionaron los artículos para su cribado a texto completo se recuperaron los que estaban disponibles. El revisor determinó su inclusión final para la síntesis, contando nuevamente con una segunda revisora para la supervisión y resolución de dudas.

Proceso de Extracción de los Datos y Lista de Datos

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava www.universidadeuropea.com

Para la extracción de datos se utilizó una tabla construida en Excel, en la que un solo revisor incorporó los datos de interés de cada artículo: características del artículo, diseño, subtipo de TDAH, criterios de inclusión/exclusión, muestra, objetivos, características de las intervenciones, medidas de resultados relevantes para la RS y resultados.

Evaluación del Riesgo de Sesgo de los Estudios Individuales

Para evaluar el riesgo de sesgo de los artículos incluidos un solo revisor utilizó la versión en español de la Lectura Crítica de CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme* en español), en concreto las seis primeras de las 11 preguntas CASPe para dar sentido a un ensayo clínico aleatorio, destinadas a evaluar el riesgo de sesgo de los trabajos. Fueron extraídas del capítulo 5 de *Lectura crítica de la evidencia clínica* (López et al., 2015). Se consideraron los siguientes niveles de riesgo del sesgo según el cumplimiento de criterios: >80% riesgo bajo; 60-80% medio; <60% alto.

Para valorar los resultados de los ensayos se extrajeron los resultados de los análisis estadísticos realizados por las investigaciones, incluyendo el valor de probabilidad (p), tamaño del efecto (*d* de Cohen o eta cuadrado [η^2]) y coeficientes de fiabilidad.

Para sintetizar los resultados se utilizó la síntesis narrativa apoyada en tablas.

Resultados

Selección de Estudios

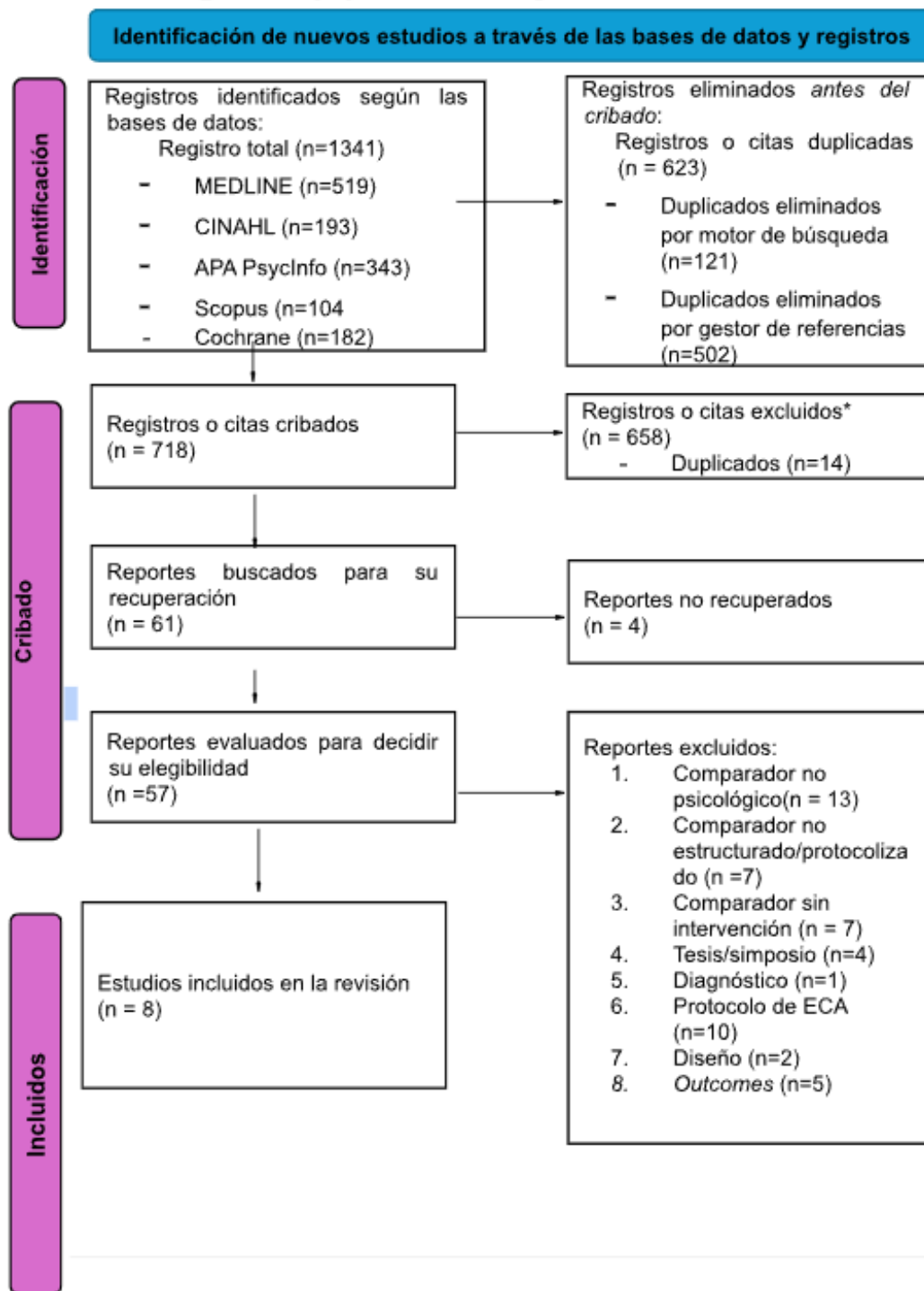
Se seleccionaron un total de ocho artículos que informan sobre siete ensayos clínicos aleatorizados (ECAs). Se resume el proceso de la revisión en un diagrama de flujo (figura 1).

Entre los artículos seleccionados para la lectura a texto completo se decidió la exclusión de Larsen et al. (2021), Lambek et al. (2023) y Larsen et al. (2023), artículos derivados del mismo estudio por no cumplir los requisitos de contener un comparador activo en psicoterapia; en este caso se comparaba un programa de intervención en TDAH con tratamiento habitual, ya que en un principio se definía como psicoeducación pero no se encuentra protocolizado, llevándose a cabo un tratamiento diferente en cada uno de los de hospitales daneses en los que se llevó a cabo el ensayo. Otros artículos, como el de Gerber et al. (2012) fueron excluidos por no medir los desenlaces objeto de esta revisión. Los artículos excluidos a texto completo se encuentran referenciados junto a su motivo de exclusión en el Apéndice B.

Figura 1

Diagrama de flujo señalando el proceso de selección de los estudios

Características de los estudios



En la tabla 1 se recogen las características principales de los estudios, así como su información demográfica y el tamaño de la muestra.

Tabla 1

Características de los estudios

Autores, año y país	Población	Edad media	Subtipo de TDAH	Tamaño de la muestra
Pfiffner et al., 2014, EE.UU.	Niños	8.6 (I ¹ :8.8; I ² :8.7)	Inatento	I ¹ : 73(69 seguimiento); I ² : 74(73 seguimiento)
Haack et al., 2017, EE.UU.*	Niños	8.6 (I ¹ :8.8; I ² :8.7)	Inatento	I ¹ : 73(69 seguimiento); I ² : 74(73 seguimiento)
Hoxhaj et al., 2018, Alemania	Adultos	I ¹ : 40.51; I ² : 38.5	Cualquier subtipo	I ¹ : 39(32 seguimiento); I ² : 36(32 seguimiento)
Huang et al., 2019, China	Adultos	I ¹ : 26.83; I ² : 26.86	Cualquier subtipo	I ¹ : 43(12 T2, 13 T3); I ² : 34 (29 T2, 20 T3)
van der Donk et al., 2015, Países Bajos	Niños	I ¹ : 9.8; I ² : 10	Cualquier subtipo	I ¹ : 50; I ² : 50
Abikoff et al., 2013, EE.UU.	Niños	I ¹ : 9.06; I ² : 9.01	Cualquier subtipo+déficits organizacionales	I ¹ :64(61 T1 y T2); I ² : 61 (61 T1 y T2)
Schuck et al., 2016, EE.UU.	Niños	I ¹ : 7.99; I ² : 7.81	Combinado	I ¹ :12 (11 T2); I ² : 12 (12 T2)
Korfmacher et al., 2022, Alemania	Niños	9.1 (I ¹ : 9; I ² : 9.2)	Cualquier subtipo	I ¹ : 58 (49 T3); I ² : 55 (57, 2) (46 T3)

Nota: *Haack et al., es un análisis secundario de los datos extraídos de Pfiffner et al., 2014, datos extraídos del mismo ensayo; I¹=Intervención 1; I²= Intervención 2; EE.UU.=Estados Unidos; T1=primer seguimiento; T2=segundo seguimiento

En total se incluyeron 904 participantes, 232 adultos y 672 niños. El total muestral de los subtipos de TDAH no se puede determinar porque diversos estudios no discriminaron los subtipos en sus criterios de inclusión (Abikoff et al., 2013; Hoxhaj et al., 2018; Huang et al., 2019; Korfmacher et al., 2022; van der Donk et al., 2015).

Los estudios se llevaron a cabo en Estados Unidos (Abikoff et al., 2013; Haack et al., 2017; Pfiffner et al., 2014; Schuck et al., 2016), Alemania (Hoxhaj et al., 2018; Korfmacher et al., 2022), China (Huang et al., 2019) y Países Bajos (van der Donk et al., 2015).

Tres de los ensayos incluyeron un tercer brazo, en algunos consistió en un grupo control con tratamiento habitual (TAU, por sus siglas en inglés) (Pfiffner et al., 2014) y en otros por una lista de espera (WL, por sus siglas en inglés) (Huang et al., 2019; Abikoff et al., 2013).

Dos estudios excluyeron participantes que estuvieran tomando medicación (Huang et al., 2019; Hoxhaj et al., 2018), mientras que el resto lo controlaron como covariable.

Entre los ensayos centrados en niños, se contó con dos que midieron calidad de vida (Korfmacher et al., 2022); van der Donk et al., 2015) y para conducta adaptativa en dos ensayos se midieron las habilidades organizacionales (Abikoff et al., 2013; Pfiffner et al., 2014); en dos habilidades sociales (Pfiffner et al., 2014; Shuck et al., 2016); en tres desenlaces relacionados con lo académico (Abikoff et al., 2013; Haack et al., 2017; Van der Donk et al., 2015); y en uno factores correspondientes al hogar (Abikoff et al., 2013). Para adultos ambos artículos incluidos midieron calidad de vida (Hoxhaj et al., 2018; Huang et al., 2019); Huang et al. (2019) también

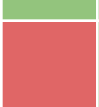
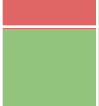
midieron autoestima. Las herramientas usadas para la medición se encuentran enumeradas en la tabla de apéndice C.

Riesgo de Sesgo:

Se analizó el riesgo de sesgo de cada artículo siguiendo las seis primeras de las 11 preguntas CASPe para dar sentido a un ensayo clínico aleatorio (López et al., 2015). Se muestran los resultados resumidos en la Tabla 3. Todos los artículos presentan una pregunta de investigación correctamente definida en base a su población, intervención, comparación y desenlaces. Sin embargo, algunos artículos no informan sobre el método de aleatorización y en otros no informan del análisis de datos de todos los resultados extraídos.

Tabla 3

Estimación del riesgo del sesgo

Artículo	1	2	3	4	5	6	Evaluación del riesgo de sesgo
Pfiffner et al., 2014.							Alto
Haack et al., 2017.							Alto
Hoxhaj et al., 2018.							Bajo
Huang et al., 2019.							Bajo
van der Donk et al., 2015							Bajo
Abikoff et al., 2013.							Medio

Schuck et al., 2016.							Medio
Korfmacher et al., 2022.							Medio

Nota: : si; : no disponible/especificado; : no; Preguntas de López (2015): 1: ¿Se

orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?; 2: ¿Fue aleatoria la asignación a los tratamientos?; 3: ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?; 4. ¿Son importantes las pérdidas ocurridas durante el estudio?; 5: ¿Fue adecuada la medición de los desenlaces?; 6: ¿Se evitó la comunicación selectiva de resultados?; La pregunta 4 está invertida, por esto mismo figura en verde pese a ser no en todos los ensayos; “no” implica “sin riesgo de sesgo”.

Resultados de los Estudios Individuales y Síntesis:

Los resultados extraídos de cada artículo, junto con los respectivos estadísticos se encuentran resumidos en la tabla de apéndice C.

Resultados En Niños

Calidad De Vida Y Autoconcepto.

En el estudio de van der Donk et al. (2015) se compararon el entrenamiento cognitivo (*Cogmed Working Memory Training* [CWMT]) y el entrenamiento cognitivo en memoria de trabajo (MT) con componentes de psicoeducación y estrategias de generalización al contexto escolar (*Paying Attention in Class* [PAC]), mientras que Korfmacher et al. (2022) comparó entrenamiento cognitivo en atención (*Self Management Training* [SMT]) frente a *neurofeedback*

(NF) de potenciales corticales lentos (en inglés *slow cortical potentials* [SCP]). Van der Donk et al. (2015) no encontraron diferencias significativas en calidad de vida entre CWMT y PAC en ninguna de las mediciones de las 5 dimensiones del Kidscreen-27. En cambio Korfmacher et al. (2022) encontró diferencias significativas entre la línea base y el seguimiento para SMT en el total de calidad de vida y en la subescala de autoestima del Kindl-R, pero no para NF; sin embargo al realizar los análisis multigrupo no encontraron diferencias entre SMT y NF en el total ni en ninguna de las subescalas.

Korfmacher et al. (2022) midieron el autoconcepto mediante una entrevista y no encontraron diferencias significativas entre SMT y NF.

Conducta Adaptativa.

Habilidades Organizacionales.

En el estudio de Pfiffner et al. (2014) se comparó el programa *Child Life and attention skills* (CLAS), con tres componentes (entrenamiento a padres, entrenamiento a niños y consulta con profesores), frente a un entrenamiento con los padres (*Parent focused training* [PFT]), mientras que en Abikoff et al. (2013) se comparó un entrenamiento en habilidades organizacionales (*Organizational Skills Training* [OST]) frente a “PATHKO” una intervención de principios conductuales basada en el rendimiento sin entrenamiento en habilidades. Pfiffner et al. (2014) encontraron diferencias significativas a favor de CLAS en las medidas post-tratamiento de habilidades organizacionales, con un tamaño del efecto cerca del medio en el reporte de los profesores y pequeño en el de los padres medidos mediante *Children's Organizational Scale* (COSS), en el seguimiento (tras 6-7 meses) los padres siguieron reportando

mejores habilidades organizacionales a favor de CLAS con un tamaño del efecto pequeño. Los cambios de los tratamientos se mantuvieron en el seguimiento.

Mientras, en Abikoff et al. (2013) OST fue superior a PATHKO en el total de COSS reportado por los padres ($p < .005$), con una interacción significativa tratamiento-subescala en el COSS de los padres. OST fue superior a PATHKO en Acciones Organizadas, mientras que no hubo diferencias significativas en el resto de subescalas ni medidas. En el seguimiento los niños del grupo OST continuaron teniendo puntuaciones significativamente mejores en COSS-P, manteniéndose también las diferencias en Acciones Organizadas y teniendo puntuaciones significativamente mejores en el clúster de factores cruzados (de comportamientos que involucran más de un factor de acciones organizadas, como la adherencia a los horarios).

Habilidades sociales y orientación prosocial.

Pfifner et al. (2015) encontraron una diferencia significativa, aunque con un tamaño del efecto pequeño, en habilidades sociales post-tratamiento reportado por los profesores mediante el Social Skills Improvement Scale (SSIS) , mientras que no se encontraron diferencias significativas en el reporte de los padres. Tras seguimiento (6-7 meses) no se encontraron diferencias significativas reportadas por padres ni profesores.

En Schuck et al. (2016) compararon una intervención basada en terapia cognitivo conductual (TCC) con TCC con terapia canina, midieron habilidades sociales mediante el SSIS y Orientación Prosocial mediante el *Social Competence Inventory* (SCI). No se encontraron diferencias significativas en habilidades sociales entre los grupos en el post-tratamiento ni en el seguimiento, además la ratio de mejora en el paso del tiempo entre los grupos fue similar. En la

misma línea no se encontraron diferencias en el Orientación Prosocial, ni en post-tratamiento ni en seguimiento, igualmente el tipo de tratamiento no predijo la ratio de cambio en el tiempo.

Rendimiento académico y conducta en la escuela.

Haack et al. (2017) en el análisis secundario de Pfiffner et al. (2014) midieron conductas académicas facilitadoras con el *Academic Competency Evaluation Scale* (ACES). Van der Donk et al. (2015) midieron tanto el comportamiento en clase con el *Learning Condition Test* como el rendimiento académico, con pruebas de fluidez lectora, automatización de matemáticas y habilidades de deletreo (convertidas a posteriori en un Cociente de Eficiencia de Aprendizaje). Finalmente, Abikoff et al. (2013) midieron el funcionamiento académico con el *Academic Performance Rating Scale* (APRS); realización y gestión de tareas con el *Homework Problems Checklist* (HPCL; sus resultados se abordarán en el apartado de relaciones familiares y conducta en casa); y la actitud hacia la escuela y profesores mediante el BASC (*Behavior Assessment System for Children*).

En primer lugar, Haack et al. (2017) no informaron de los resultados referentes a la comparación directa entre CLAS y PFT, sino de ambos tratamientos en comparación al grupo TAU por separado, por lo que no se puede determinar la superioridad o no-diferencia entre los grupos en conductas académicas facilitadoras. Si bien es cierto que CLAS se mostró significativamente superior a TAU en conductas académicas facilitadoras, mientras que PFT no.

En cuanto al rendimiento académico van der Donk et al. (2015) no encontraron diferencias significativas en el cociente de eficiencia de aprendizaje. Se observó sin embargo una tendencia en efectos de grupo en deletreo, pero al añadir “Dislexia” como covariable no sigue

presente, probablemente debido a que los niños del CWMT rindieron mejor en la línea base en este apartado, aunque no significativamente. También se mostró un efecto significativo a favor de CWMT en fluidez lectora, aunque sin efecto de interacción, cuando se evaluaron más minuciosamente los datos se observó cómo los niños en CWMT rindieron mejor en línea base y había prácticamente el doble de niños con dislexia en la condición “PAC”, de nuevo, al añadir dislexia como covariable no hubo efecto significativo de grupo. No se encontraron diferencias significativas en las tareas de matemáticas. Los análisis de van de Donk et al. (2015) en comportamiento en clase no demostraron diferencias significativas entre los grupos.

El funcionamiento académico medido en Abikoff et al. (2013) no mostró diferencias significativas entre OST y PATHKO. El artículo no informa de los resultados de la comparación entre los tratamientos en el BASC, por lo que no hay resultados para la actitud con la escuela y profesores.

Relaciones Familiares Y Conducta En Casa.

En Abikoff et al. (2013) midieron tanto la realización y gestión de las tareas mediante el HPCL, como el funcionamiento familiar mediante el *Family Environment Scale* (FES) y la subescala *Conflicts* del COSS-P. No se encontraron efectos significativos en las diferencias entre OST y PATHKO en ninguno de los análisis.

Resultados En Adultos

Ambos midieron calidad de vida, Hoxhaj et al. (2018) mediante el cuestionario de salud SF-36 y Huang et al. (2019) con el *World Health Organization Quality of Life-Bref Version* (WHOQOL-Bref). Huang et al. (2019) también midieron autoestima con la *Self-Esteem Scale*

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava www.universidadeuropea.com

(SES). En ninguno de los artículos se midieron parámetros relacionados con la conducta adaptativa.

En Hoxhaj et al. (2018) no se observaron diferencias significativas en calidad de vida entre una intervención utilizando el programa de reducción del estrés *Mindful Awareness Practices* (MAP) basado en mindfulness y terapia cognitiva basada en mindfulness frente a una intervención basada en psicoeducación.

En Huang et al. (2019) se compararon dos intervenciones basadas en el manual de TCC *Mastering Your Adult ADHD* (Safren et al., 2015), en uno de los grupos se añadían 3 sesiones de refuerzo mensuales al finalizar el tratamiento. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en ninguno de los dominios del WHOQOL-Bref ni en el SES.

Discusión

Esta RS tenía como objetivo evaluar si algunas intervenciones psicológicas para TDAH son superiores en la mejoría de QoL y/o CA.

En QoL en niños van der Donk et al. (2015) no encontraron efectos en tiempo ni comparación de los tratamientos, mientras que, pese que Korfmacher et al. (2022) no encontrara diferencias significativas, sugieren que las medidas de QoL en el Total y en la escuela, así como el autoconcepto mejoraron tras SMT, pero no tras NF. Cabe destacar que el objetivo del entrenamiento cognitivo es reducir los síntomas del TDAH y mejorar el funcionamiento neuropsicológico (Cortese, 2014), aunque solo ha mostrado evidencia en procesos cognitivos específicos (Cortese et al., 2015); en cuanto al neurofeedback Saif y Sushkova (2023) comentan que no hay consenso sobre su eficacia sobre los síntomas de TDAH. Otros estudios no

encontraron mejorías tras NF (Strehl et al., 2017). No parece existir mayor evidencia sobre los efectos del entrenamiento cognitivo en QoL de las personas con TDAH. La psicoeducación a los padres incluida por Korfmacher et al. (2022) y van der Donk et al. (2015) no aportó diferencias, en la línea de evidencias previas de que este tipo de intervenciones no parece mejorar la QoL de los niños (Dahl et al., 2020).

En habilidades organizacionales, Abikoff et al. (2013) y Pfiffner et al. (2014) encontraron evidencias a favor del grupo experimental. Los resultados de Pfiffner et al. (2014) sugieren que las intervenciones multicomponente se muestran superiores a las monocomponente. Los de Abikoff et al. (2013) sugieren que establecer un dominio claro de habilidades (OTMP) facilita la generalización de resultados; en esta línea resulta sugerente pensar como la operativización de constructos que permiten la práctica en habilidades concretas (por ejemplo trabajando en mejorar las habilidades de gestión del tiempo en tareas concretas para ello) podría mejorar los resultados. Parece ser que el manejo de contingencias (común a todas las intervenciones aquí incluidas), la involucración de profesores y la coordinación casa-escuela parecen añadidos interesantes para la generalización de las conductas a otros contextos, además establecer objetivos terapéuticos concisos (mejora de OTMP) o tener en cuenta un mayor número de contextos parecen aportar en la mejora de las habilidades organizacionales. Esto es coherente con la práctica habitual, en la que se suele pensar que la involucración de más entornos facilitará la generalización de las conductas a más contextos. Otros autores sugieren que las aproximaciones propias de OST (déficit en habilidades) y PATHKO (déficit en rendimiento), son importantes para los niños con TDAH (Greene y Ablon, 2001). Efectos al combinar las aproximaciones o, personalizar los tratamientos en función del perfil “de déficit” (en rendimiento o en habilidades) podrían ser cuestiones interesantes para investigar.

En cuanto a las habilidades sociales, los resultados de Shuck et al. (2016), que al igual que Schuck et al. (2013), no encuentran diferencias entre los grupos de intervención TCC vs TCC con terapia canina, lo que sugiere que el componente de terapia canina no influye en la mejora. Mientras, Pfiffner et al. (2014) encontró diferencias significativas solo en el reporte de los profesores que no se mantuvieron en el tiempo, los profesores que informaron las medidas durante el seguimiento no participaron en el tratamiento, resaltando la necesidad de cegar a los informadores. En esta línea resulta llamativo como ninguno de los tratamientos fue superior al WL en el seguimiento realizado por profesores cegados. Mikami et al. (2017) sugiere que el entrenamiento en habilidades sociales en niños con TDAH es probablemente inefectivo, porque los niños con TDAH podrían tener déficits en el rendimiento de este apartado (no en los conocimientos), lo que puede explicar por qué no se generalizaron los aprendizajes en ninguna de las condiciones.

En los desenlaces relacionados con la escuela van der Donk et al. (2015) no encontraron diferencias entre los grupos ni efectos en el tiempo, no consiguiendo replicar los resultados de otros estudios en entrenamiento de MT: Green et al. (2012), que comparan con placebo, aunque con diferente *outcome*; tarea en un entorno académico restringido (RAST), que busca cuantificar frecuencia tipo de comportamientos “fuera de la tarea”; ni en Egeland et al., 2013 que comparan con TAU, usando medidas similares (para matemáticas dos subtest: cálculo mental y resolución de problemas y para habilidad lectora una batería de test computarizada), encontraron diferencias con el control, pero no en todas las medidas (en Green et al. [2012] para movimientos repetitivos sin propósito, levantarse de la silla y vocalizaciones y en Egeland et al. [2013] para matemáticas). Estos podría deberse a diferentes cuestiones: diferencia en las mediciones, las condiciones de los participantes (v.gr. medicación), o la sensibilidad de la medición, entendiendo

que RAST es una medida tomada en laboratorio (menos susceptible a sesgos) pero que a su vez podría medir cambios más sutiles (no en rendimiento sino en comportamiento durante tareas). Abikoff et al. (2013) no encontraron diferencias entre OST y PATHKO para ninguno de sus desenlaces; sin embargo ambos se mostraron superiores a WL. Cabe destacar que ambas intervenciones estaban dirigidas a las habilidades organizacionales y no a aspectos académicos; sería interesante llevar a cabo investigaciones poniendo a prueba el grado en el que la personalización de los tratamientos (dirigiéndolos en este caso a los déficits en lo académico) daría mejores resultados que las obtenidas tras OST o PATHKO. Raggi y Chronis (2006) dan sugerencias para las intervenciones centradas en lo académico que Abikoff et al. (2013) no especifican si consideraron: participación activa del estudiante (cuestiones como lectura en voz alta o tutorización entre iguales), reducción de estímulos distractores o toma de responsabilidades y decisiones en el tratamiento por parte del niño. Aunque sí implementaron otros aspectos como el reforzamiento positivo. La utilización de instrumentos que midan diferentes aspectos (no solo el desempeño en tareas específicas), así como la implementación de intervenciones dirigidas a lo académico podrían ser futuras líneas de investigación interesantes.

En adultos tanto Hoxhaj et al. (2018) como Huang et al. (2019) no encontraron diferencias entre los grupos en QoL. En Hoxhaj et al. (2018), ambos grupos mejoraron, mientras que en Huang et al. (2019) no se encontró una mejoría significativa, igual que en Young et al. (2015), que intervinieron con *R&R2ADHD* (programa basado en TCC para adultos con TDAH). Aunque, Liu et al. (2023), en un metaanálisis reciente encontraron mejoría con respecto a los controles en QoL de adultos con TDAH intervenidos con TCC; comentan como la TCC “tradicional” se mostró superior a las aproximaciones más recientes en la mejoría de QoL, entre los controles activos del metaanálisis había psicoeducación. Young et al. (2015) proponen que las

mejorías en QoL se asocian con un efecto significativo en el tiempo, esto sugiere que en Huang et al. (2019) pudieron no haberse dado cambios porque se requería de una intervención más prolongada; cabe destacar que en Huang et al. (2019) hubo mayor respuesta al tratamiento en el grupo con sesiones de refuerzo, aunque sin efectos significativos. Los resultados de Hoxhaj et al. (2018) se incluyeron en el metaanálisis de Oliva et al. (2021), donde observaron que las intervenciones basadas en mindfulness fueron más efectivas en mejorar QoL que los controles inactivos, pero no que los activos. Los resultados sugieren que las intervenciones dirigidas a mejorar QoL en adultos con TDAH deberían extenderse más que aquellas dirigidas a la disminución de síntomas nucleares, además no hay consenso en si las terapias basadas en TCC son superiores a otras intervenciones psicológicas; un mayor número de investigaciones con TCC y comparadores activos son requeridas.

Existen limitaciones en la evidencia recopilada. Hay heterogeneidad entre las poblaciones de los estudios; algunos ensayos aplicaban un criterio de inclusión guiado por el subtipo de TDAH (Haack et al., 2017; Pfiffner et al., 2014; Schuck et al., 2016), otros contaban con participantes con características atípicas: Abikoff et al. (2013) y Huang et al. (2019) inteligencia por encima de la media; Abikoff et al. (2013) y Pfiffner et al. (2014) padres con niveles educativos altos, en Huang et al. (2019) los pacientes tenían niveles educacionales altos y Van der Donk et al. (2015) incluyeron niños con dificultades del aprendizaje comórbidas. Estas cuestiones podrían incidir sobre la adherencia o la generalización, por lo que futuras investigaciones deberían determinar si estos resultados se generalizan a familias y pacientes con otras condiciones socioeconómicas, menor CI, niveles educativos o comorbilidades. Sonuga-Barke et al. (2014) sugieren que, en entrenamiento cognitivo, se debería prestar mayor atención a diferencias en subtipos clínicos y subgrupos neuropsicológicos. Futuras

investigaciones podrían tener en cuenta estas diferencias individuales como posibles moderadores del efecto.

También hay heterogeneidad en las medicaciones, lo que podría dificultar la generalización de los resultados. Futuras investigaciones podrían centrarse en estudiar la medicación como variable moderadora en los efectos de las intervenciones psicológicas.

Otro punto de heterogeneidad entre los estudios fue la inclusión de un tercer brazo, aunque existe debate sobre si esto es limitante. Algunos autores argumentan que los efectos de regresión a la media o el placebo son “improbables” considerando la disminución de síntomas en la adolescencia y el curso crónico en adultez (Hoxhaj et al., 2018), aunque esto sería referido a los síntomas, no a los desenlaces de esta RS. En la opinión del autor, la ausencia de este tipo de control deja espacio a la duda sobre si las mejoras se podrían atribuir a factores no-específicos. Por ejemplo, Abikoff et al. (2013) admiten que las mejoras en el seguimiento se pudieron deber a factores de maduración más que a efectos de mantenimiento.

En cuanto a los tamaños muestrales, Schuck et al. (2016) contó con un tamaño muestral pequeño; Korfmacher et al. (2022) proponen que el pequeño tamaño muestral les permitió encontrar las mejoras de tamaño medio en ambos tratamientos, pero piensan que las diferencias entre tratamientos se quedaron “encubiertas”; Huang et al. (2019) destaca el alto ratio de pérdida muestral, aunque esto sigue la línea de la naturaleza del TDAH en la adultez según Philipsen et al. (2015).

En la medición de desenlaces varios artículos tomaron medidas de padres y profesores que formaban parte activa del tratamiento (Abikoff et al., 2013; Korfmacher et al. 2022; Pfiffner

et al., 2014; Schuck et al., 2016). El metaanálisis llevado a cabo por Sonuga-Barke et al. (2013) demostró cómo los efectos de las intervenciones cognitivas en TDAH no eran significativos cuando los evaluadores estaban cegados. Aunque Korfmacher et al. (2022) argumentan que en la práctica clínica cegar a los participantes, a su entorno o al terapeuta podría afectar negativamente sobre la autoeficacia de los niños; en la investigación no hacerlo podría suponer un sesgo que atribuya unos resultados alterados por la opinión del entorno.

Cabe destacar que las intervenciones no siguen un marco teórico “estricto”, por lo que resulta complicado atribuir superioridad a una forma de tratamiento o a la combinación de las técnicas utilizadas.

Entre las limitaciones propias de esta RS: sólo se incluyeron estudios publicados, sin incluir literatura gris, lo que podría sobreestimar los efectos o reducir la diversidad de estudios (Paez, 2017; Song et al., 2010), además, por restricciones en el acceso, no se pudieron cribar a texto completo algunos estudios. Estas cuestiones podrían afectar a la validez externa de los resultados al no considerar la información no recopilada; para futuras RS podría considerarse la inclusión de literatura gris o contactar directamente con los autores. No se usó un filtro específico para definir el diseño, hacerlo podría haber mejorado la estrategia de búsqueda y el proceso de selección. Finalmente, un solo revisor realizó los procedimientos de selección-extracción, lo que podría inducir a sesgos; sería recomendable que en futuras revisiones varios revisores participaran en estas etapas del proceso.

En conclusión, establecer intervenciones multicomponente, dirigidas a constructos operativizados en habilidades concretas y tomando como importantes diferentes aproximaciones (v.gr. hipótesis de déficit en habilidades e hipótesis de déficit en rendimiento), mientras que se

individualiza y personaliza el tratamiento en función a las problemáticas o necesidades del paciente podrían ser cuestiones interesantes. Asimismo parece ser que la mejoría en QoL podría requerir de más tiempo que la mejoría en síntomas nucleares. Un mejor abordaje podría implicar mayor capacitación de terapeutas en enfoques especializados multicomponente y la personalización de tratamientos. Futuras investigaciones podrían evaluar los efectos sostenidos en el tiempo, los componentes específicos que hacen eficaces cada intervención o intervenciones dirigidas a CA y/o QoL como foco principal.

Referencias

- Abikoff, H., Gallagher, R., Wells, K. C., Murray, D. W., Huang, L., Lu, F., y Petkova, E. (2013). Remediating organizational functioning in children with ADHD: immediate and long-term effects from a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(1), 113.
- APA Dictionary of Psychology. (n.d.). Adaptive Behavior. In APA Dictionary of Psychology. Retrieved December 29, 2024 from <https://dictionary.apa.org/adaptive-behavior>.
- Agarwal, R., Goldenberg, M., Perry, R., y IsHak, W. W. (2012). The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Innovations in clinical neuroscience*, 9(5-6), 10.
- Agnew-Blais, J. C., Polanczyk, G. V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T. E., y Arseneault, L. (2016). Evaluation of the persistence, remission, and emergence of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adulthood. *JAMA psychiatry*, 73(7), 713-720.
- American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.).
- American Psychological Association. (2016). APA working group on psychoactive medications for children and adolescents. *Report of the working group on psychoactive medications for children and adolescents: psychopharmacological, psychosocial, and combined interventions for childhood disorders: evidence base, contextual factors, and future directions*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/pi/families/resources/child-medications.pdf>

- Aragonès, E., Piñol, J. L., Ramos-Quiroga, J. A., López-Cortacans, G., Caballero, A., y Bosch, R. (2010). Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en personas adultas según el registro de las historias clínicas informatizadas de atención primaria. *Revista española de salud pública*, 84(4), 417-422.
- Atkinson, M., y Hollis, C. (2010). NICE guideline: attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Disease in Childhood-Education and Practice*, 95(1), 24-27.
- Bölte, S., Mahdi, S., Coghill, D., Gau, S. S., Granlund, M., Holtmann, M., Karande, S., Levy, F., Rohde, L. A., Segerer, W., de Vries, P. J., y Selb, M. (2018). Standardised assessment of functioning in ADHD: consensus on the ICF Core Sets for ADHD. *European child y adolescent psychiatry*, 27(10), 1261–1281. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1119-y>
- Caye, A., Rocha, T. B. M., Anselmi, L., Murray, J., Menezes, A. M., Barros, F. C., ... y Rohde, L. A. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder trajectories from childhood to young adulthood: evidence from a birth cohort supporting a late-onset syndrome. *JAMA psychiatry*, 73(7), 705-712.
- Cerrillo-Urbina, AJ, García-Hermoso, A., Martínez-Vizcaíno, V., Pardo-Guijarro, MJ, Ruiz Hermosa, A., y Sánchez-López, M. (2018). Prevalencia de síntomas probables de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: resultado de una muestra española de niños. *Pediatría BMC*, 18 (1), 1-7.
- Cherkasova, M., Sulla, E. M., Dalena, K. L., Pondé, M. P., y Hechtman, L. (2012). Developmental course of attention deficit hyperactivity disorder and its predictors. *Journal of the Canadian Academy of Child And Adolescent Psychiatry*, 22(1), 47–54.
- Cortese, S. (2014). Computer-based cognitive training for ADHD: A review of current evidence.

- Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Dittmann, R. W., ... y European ADHD Guidelines Group. (2015). Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 54(3), 164-174.
- Dahl, V., Ramakrishnan, A., Spears, A. P., Jorge, A., Lu, J., Bigio, N. A., y Chacko, A. (2020). Psychoeducation interventions for parents and teachers of children and adolescents with ADHD: A systematic review of the literature. *Journal of developmental and physical disabilities*, 32, 257-292.
- Egeland, J., Aarlien, A. K., y Saunes, B. K. (2013). Few effects of far transfer of working memory training in ADHD: a randomized controlled trial. *PloS one*, 8(10), e75660.
- Evans, S. W., Owens, J. S., y Bunford, N. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(4), 527-551.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., y Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1313-1323.
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J. S., Tannock, R., y Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>

- Faraone, S.V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M.A., ... y Wang, Y. (2021). The world federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 128, 789–818.
- Fullen, T., Jones, S. L., Emerson, L. M., y Adamou, M. (2020). Psychological treatments in adult ADHD: a systematic review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42(3), 500-518.
- Gathercole, S. E. (2014). Commentary: Working memory training and ADHD—where does its potential lie? Reflections on Chacko et al.(2014). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(3), 256-257.
- Gerber, W. D., Gerber-von Müller, G., Andrasik, F., Niederberger, U., Siniatchkin, M., Kowalski, J. T., ... y Petermann, F. (2012). The impact of a multimodal Summer Camp Training on neuropsychological functioning in children and adolescents with ADHD: An exploratory study. *Child Neuropsychology*, 18(3), 242-255.
- Green, C. T., Long, D. L., Green, D., Iosif, A. M., Dixon, J. F., Miller, M. R., ... y Schweitzer, J. B. (2012). Will working memory training generalize to improve off-task behavior in children with attention-deficit/hyperactivity disorder?. *Neurotherapeutics*, 9(3), 639-648.
- Greene, R. W., y Ablon, J. S. (2001). What does the MTA study tell us about effective psychosocial treatment for ADHD?. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 30(1), 114-121.
- Gregorič Kumperščak, H. (Ed.). (2021). *ADHD - From Etiology to Comorbidity*. IntechOpen.
doi: 10.5772/intechopen.87283

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes, & Fundació Sant Joan de Déu (Coordinador). (2010). Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18.

Haack, L. M., Villodas, M., McBurnett, K., Hinshaw, S., y Pfiffner, L. J. (2017). Parenting as a mechanism of change in psychosocial treatment for youth with ADHD, predominantly inattentive presentation. *Journal of abnormal child psychology*, 45, 841-855.

Hart, H., Chantiluke, K., Cubillo, AI, Smith, AB, Simmons, A., Brammer, MJ, ... y Rubia, K. (2014). Clasificación de patrones de inhibición de la respuesta en el TDAH: hacia el desarrollo de marcadores neurobiológicos para el TDAH. *Mapeo del cerebro humano*, 35 (7), 3083-3094.

Higgins, J. P., y Green, S. (2011). Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones. *The Cochrane Collaboration*, 1-639.

Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D (2010) The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a metaanalytic review. *J Consult Clin Psychol* 78(2):169–183.
<https://doi.org/10.1037/a0018555>

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, 321-335.

- Huang, F., Tang, Y. L., Zhao, M., Wang, Y., Pan, M., Wang, Y., & Qian, Q. (2019). Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: A randomized clinical trial in China. *Journal of Attention Disorders*, 23(9), 1035-1046.
- Kofler, M. J., Wells, E. L., Singh, L. J., Soto, E. F., Irwin, L. N., Groves, N. B., ... y Lonigan, C. J. (2020). A randomized controlled trial of central executive training (CET) versus inhibitory control training (ICT) for ADHD. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(8), 738.
- Korfmacher, A. K., Hirsch, O., Chavanon, M. L., Albrecht, B., & Christiansen, H. (2022). Self-management training vs. neurofeedback interventions for attention deficit hyperactivity disorder: Results of a randomized controlled treatment study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 969351.
- Jiménez, J. E., Rodríguez, C. R., Camacho, J., Cabrera, M. A., y Hernández, C. A. (2012). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias. *European Journal of Education and Psychology*, 5(1), 13-26.
- Lambek, R., Sonuga-Barke, E. J., Lange, A. M., Carroll, D. J., Daley, D., y Thomsen, P. H. (2023). Parent training for ADHD: No generalization of effects from clinical to neuropsychological outcomes in a randomized controlled trial. *Journal of Attention Disorders*, 27(1), 98-107.
- Larsen, L. B., Daley, D., Lange, A. M., Sonuga-Barke, E., Thomsen, P. H., y Rask, C. U. (2021). Effect of parent training on health-related quality of life in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A secondary analysis of data from a randomized

- controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(6), 734-744.
- Larsen, L. B., Daley, D., Lange, A. M., Sonuga-Barke, E., Thomsen, P. H., Jensen, J. S., y Rask, C. U. (2023). Functional somatic symptoms in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a secondary analysis of data from a randomized controlled trial of parent training. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(10), 1979-1988.
- Liu, C. I., Hua, M. H., Lu, M. L., y Goh, K. K. (2023). Effectiveness of cognitive behavioural-based interventions for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder extends beyond core symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 96(3), 543-559.
- López, E., Pijoan, J., y Cabello, J. (2015). Lectura crítica de estudios de tratamiento. Ensayos clínicos aleatorios. Lectura crítica de la evidencia clínica. *Barcelona: Elsevier*, 35-62.
- Martínez, N., Albaladejo Gutiérrez, E., Espín Jaime, J. C., Güerre Lobera, M. J., Sánchez García, J., y Jiménez, J. L. (2015). Etiología y patogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Rev. esp. pediatr.(Ed. impr.)*, 62-68.
- McQuade, J. D., y Hoza, B. (2015). Peer relationships of children with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A Handbook for diagnosis and treatment* (pp. 210–222). *The Guilford Press*.
- Mikami, A. Y., Smit, S., y Khalis, A. (2017). Social skills training and ADHD—what works?. *Current psychiatry reports*, 19, 1-9.

- Moffitt, T. E., Houts, R., Asherson, P., Belsky, D. W., Corcoran, D. L., Hammerle, M., ... y Caspi, A. (2015). Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 172(10), 967-977.
- Moreno Fontiveros, M., Martínez Vera, M., Tejada González, A., González Igeño, V., y García Resa, O. (2015). Actualización en el tratamiento del trastorno *del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria*. *Revista clínica de medicina de familia*, 8(3), 231-239.
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NG 72). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/chapter/Recommendations#managing-adhd>
- Otasowie, J., Castells, X., Ehimare, U. P., y Smith, C. H. (2014). Tricyclic antidepressants for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- Paez, A. (2017). Gray literature: An important resource in systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 10(3), 233-240.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... y Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista española de cardiología*, 74(9), 790-799.

- Pfiffner, L. J., Hinshaw, S. P., Owens, E., Zalecki, C., Kaiser, N. M., Villodas, M., y McBurnett, K. (2014). A two-site randomized clinical trial of integrated psychosocial treatment for ADHD-inattentive type. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(6), 1115.
- Philipsen, A., Jans, T., Graf, E., Matthies, S., Borel, P., Colla, M., . . . Comparison of Methylphenidate and Psychotherapy in Adult ADHD Study (COMPAS) Consortium. (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, 1199-1210. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2146
- Philipsen, A., Richter, H., Peters, J., Alm, B., Sobanski, E., Colla, M., ... y 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(12), 1013-1019.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Popit, S., Serod, K., Locatelli, I., y Stuhec, M. (2024). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 67(1), e68. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.1786
- Price, J. A., Morris, Z. A., y Costello, S. (2018). The application of adaptive behaviour models: a systematic review. *Behavioral Sciences*, 8(1), 11.

- Quintero, J., y Miernau, I. (2012). Neurobiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y su implicación en Educación. Ministerio de Educación.
- Quintero, J., Morales, I., Vera, R., Zuluaga, P., y Fernández, A. (2019). The impact of adult ADHD in the quality of life profile. *Journal of attention disorders*, 23(9), 1007-1016.
- Raggi, V. L., y Chronis, A. M. (2006). Interventions to address the academic impairment of children and adolescents with ADHD. *Clinical child and family psychology review*, 9, 85-111.
- Roizen, N. J., Blondis, T. A., Irwin, M., y Stein, M. (1994). Adaptive functioning in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 148(11), 1137-1142.
- Oliva, F., Malandrone, F., di Girolamo, G., Mirabella, S., Colombi, N., Carletto, S., y Ostacoli, L. (2021). The efficacy of mindfulness-based interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder beyond core symptoms: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of affective disorders*, 292, 475-486.
- Safren, S. A., Sprich, S. E., Perlman, C. A., y Otto, M. W. (2017). *Mastering your adult ADHD: A cognitive-behavioral treatment program, therapist guide*. Oxford university press.
- Saif, M. G. M., y Sushkova, L. (2023). Clinical efficacy of neurofeedback protocols in treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A systematic review. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 335, 111723.

- Scholz, L., Werle, J., Philipsen, A., Schulze, M., Collonges, J., y Gensichen, J. (2023). Effects and feasibility of psychological interventions to reduce inattention symptoms in adults with ADHD: a systematic review. *Journal of Mental Health*, 32(1), 307-320.
- Schuck, S. E., Emmerson, N. A., Fine, A. H., y Lakes, K. D. (2015). Canine-assisted therapy for children with ADHD: preliminary findings from the positive assertive cooperative kids study. *Journal of attention disorders*, 19(2), 125-137.
- Sibley, M. H., Rohde, L. A., Swanson, J. M., Hechtman, L. T., Molina, B. S., Mitchell, J. T., Arnold, L. E., Caye, A., Kennedy, T. M., Roy, A., y Stehli, A. (2017). Late-Onset ADHD Reconsidered With Comprehensive Repeated Assessments Between Ages 10 and 25. *American Journal Of Psychiatry*, 175(2), 140-149.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17030298>
- Song, F., Parekh, S., Hooper, L., Loke, Y. K., Ryder, J., Sutton, A. J., ... y Harvey, I. (2010). Dissemination and publication of research findings: an updated review of related biases. *Health Technol Assess*, 14(8), 1-193.
- Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., y Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 402-408.
- Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., ... y European ADHD Guidelines Group. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American journal of psychiatry*, 170(3), 275-289.

- Sonuga-Barke, E., Brandeis, D., Holtmann, M., y Cortese, S. (2014). Computer-based cognitive training for ADHD: a review of current evidence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(4), 807-824.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D., y Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales-2nd edition manual*. Minneapolis, MN: NCS Pearson, Inc.
- Strehl, U., Aggensteiner, P., Wachtlin, D., Brandeis, D., Albrecht, B., Arana, M., ... y Holtmann, M. (2017). Neurofeedback of slow cortical potentials in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a multicenter randomized trial controlling for unspecific effects. *Frontiers in human neuroscience*, 11, 135.
- Testa, M. A., y Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England journal of medicine*, 334(13), 835-840.
- Thorell, L. B., y Rydell, A. M. (2008). Behaviour problems and social competence deficits associated with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: effects of age and gender. *Child: care, health and development*, 34(5), 584-595.
- 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, 1081.
- Verbeeck, W., Bekkering, G. E., Van den Noortgate, W., y Kramers, C. (2017). Bupropion for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).

- Wehmeier, P. M., Schacht, A., y Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent health*, 46(3), 209-217.
- Wilma, R. F. G. (2013). Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y niñez. *Acta de investigación psicológica*, 3(2), 1079-1091.
- World Health Organization. (1948). Constitution the World Health Organization. *WHO chron*, 1, 29-41.
- World Health Organization. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th revision).
- Young, S., Khondoker, M., Emilsson, B., Sigurdsson, J. F., Philipp-Wiegmann, F., Baldursson, G., ... y Gudjonsson, G. (2015). Cognitive-behavioural therapy in medication-treated adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and co-morbid psychopathology: a randomized controlled trial using multi-level analysis. *Psychological medicine*, 45(13), 2793-2804.

Apéndices

Apéndice A

Estrategias de búsqueda

Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central)

#1 MeSH descriptor: [Attention Deficit Disorder with Hyperactivity] this term only, #2 (ADHD OR “attention deficit disorder with hyperactivity” OR “attention deficit hyperactivity disorder” OR ADDH OR “Attention Deficit Disorder” OR “Attention Disorders” OR “Hyperactive-Impulsive Disorder” OR “Hyperkinetic Disorder” OR “Hyperactivity Disorder” OR “Impulsive Disorder” OR “HKD” OR ADHS OR hyperactiv* OR hyperkin* OR “adult with ADD” OR “adolescent with ADD” OR “children with ADD”):ti,ab

#3 #1 OR #2

#4 (Neurofeedback or “neuro feedback” or “Cognitive training” OR “cognitive therapy” OR “cognitive stimulation” Or “Behavioural therapy” OR CBT or “cognitive behavioural therapy” Or “Behavioral therapy” OR “cognitive behavioral therapy” OR DBT OR “dialectical behavioral therapy” OR MBCT “mindfulness-based cognitive therapy” OR MCT OR “metacognitive therapy” or “behavior therapy” OR “mindfulness” OR “behaviour therapy” OR psychotherapy or Psychoeducation):ti,ab

#5 (Intervent* OR treat* OR manag* OR program* OR counsel* OR coach* OR therapy OR trial OR train*):ti,ab

#6 #4 OR #5

#7 (QoL OR “Quality of Life” OR HRQoL OR “Health Related Quality of Life” OR “Health-Related Quality of Life” OR "activities of daily living" OR “daily living activities” OR “academic functioning” OR “academic performance” OR (academic NEXT Achievement*)) OR

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava www.universidadeuropea.com

(Academic NEXT Success*) OR "occupational functioning" OR "perceived performance" OR "satisfaction" OR (functional NEXT outcom*) OR "vocational rehabilitation" OR "occupational performance" OR (adaptative NEXT behav*) OR "psychosocial functioning" OR "social functioning" OR "life quality" OR (social NEXT skill*) OR (interpersonal NEXT skill*) OR (social NEXT abilit*) OR (interpersonal NEXT abilit*) OR (social NEXT competenc*)):ti,ab

#8MeSH descriptor: [Quality of Life] explode all trees and with qualifier(s): [psychology - PX]

#9 MeSH descriptor: [Adaptation, Psychological] explode all trees

#10 #7 OR #8 OR #9

#11 (((“clinical trial” or “clinical study” or “randomized trial” or “controlled trial” or “RCT” or “double blind” or “randomized study” or “controlled study”)):ti,ab

#12 #3 AND #6 AND #10 AND #11 in Trials

#13 #3 AND #4 AND #10 AND #11 in Trials

Scopus

TITLE-ABS(ADHD OR "attention deficit disorder with hyperactivity" OR "attention deficit hyperactivity disorder" OR ADDH OR "Attention Deficit Disorder" OR "Attention Disorders" OR "Hyperactive-Impulsive Disorder" OR "Hyperkinetic

Disorder" OR "Hyperactivity Disorder" OR "Impulsive Disorder" OR "HKD" OR

ADHS OR hyperactiv* OR hyperkin* OR "adult with ADD" OR "adolescent with ADD" OR

"children with ADD") AND TITLE-ABS(Neurofeedback or "neuro feedback" or "Cognitive

training" OR "cognitive therapy" OR "cognitive stimulation" Or "Behavioural therapy" OR CBT

or "cognitive behavioural therapy" Or "Behavioral therapy" OR "cognitive behavioral therapy"

OR DBT OR "dialectical behavioral therapy" OR MBCT "mindfulness-based cognitive therapy"

OR MCT OR "metacognitive therapy" or "behavior therapy" OR "mindfulness" OR "behaviour

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava www.universidadeuropea.com

therapy" OR psychotherapy or Psychoeducation OR Intervent* OR treat* OR manag* OR program* OR counsel* OR coach* OR therapy OR trial OR train*) AND

TITLE-ABS(QoL OR "Quality of Life" OR HRQoL OR "Health Related Quality of Life" OR "Health-Related Quality of Life" OR "activities of daily living" OR "daily living activities" OR "academic functioning" OR "academic performance" OR "academic Achievement*" OR "Academic Success*" OR "occupational functioning" OR "perceived performance" OR "satisfaction" OR "functional outcom*" OR "vocational rehabilitation" OR "occupational performance" OR "psychosocial functioning" OR "social functioning" OR "life quality" OR "social skill*" OR "interpersonal skill*" OR "social abilit*" OR "interpersonal abilit*" OR "social competenc*" OR "adaptive behav*" OR adjustment OR "Healthy adaptation*" OR "Positive adaptation*" OR "Psychologic* adaptation*" OR "Psychologic* recover*")

AND TITLE-ABS("clinical trial" or "clinical study" or "randomized trial" or "controlled trial" or RCT or "double blind" or "randomized study" or "controlled study") AND LANGUAGE(english or spanish).

En motor de búsqueda de la Biblioteca Casa Salazar, bases de datos: CINAHL with Full Text, MEDLINE complete y APA PsycInfo

S1 (MM "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/PX")

S2 TI (ADHD OR “attention deficit disorder with hyperactivity” OR “attention deficit hyperactivity disorder” OR ADDH OR “Attention Deficit Disorder” OR “Attention Disorders” OR “Hyperactive-Impulsive Disorder” OR “Hyperkinetic

Disorder” OR “Hyperactivity Disorder” OR “Impulsive Disorder” OR “HKD” OR ADHS
 OR hyperactiv* OR hyperkin* OR “adult with ADD” OR “adolescent with ADD” OR
 “children with ADD”) OR AB (ADHD OR “attention deficit disorder with
 hyperactivity” OR “attention deficit hyperactivity disorder” OR
 ADDH OR “Attention Deficit Disorder” OR “Attention Disorders” OR
 “Hyperactive-Impulsive Disorder” OR “Hyperkinetic Disorder” OR
 “Hyperactivity Disorder” OR “Impulsive Disorder” OR “HKD” OR ADHS OR hyperactiv*
 OR hyperkin* OR “adult with ADD” OR “adolescent with ADD” OR “children with ADD”)
 S3 S1 OR S2

S4 TI (Neurofeedback or “neuro feedback” or “Cognitive training” OR “cognitive
 therapy” OR “cognitive stimulation” Or “Behavioural therapy” OR CBT or
 “cognitive behavioural therapy” Or “Behavioral therapy” OR “cognitive
 behavioral therapy” OR DBT OR “dialectical behavioral therapy” OR MBCT
 “mindfulness-based cognitive therapy” OR MCT OR “metacognitive therapy”
 or “behavior therapy” OR “mindfulness” OR “behaviour therapy” OR
 psychotherapy or Psychoeducation) OR AB (Neurofeedback or “neuro
 feedback” or “Cognitive training” OR “cognitive therapy” OR “cognitive
 stimulation” Or “Behavioural therapy” OR CBT or “cognitive behavioural
 therapy” Or “Behavioral therapy” OR “cognitive behavioral therapy” OR DBT
 OR “dialectical behavioral therapy” OR MBCT “mindfulness-based cognitive
 therapy” OR MCT OR “metacognitive therapy” or “behavior therapy” OR
 “mindfulness” OR “behaviour therapy” OR psychotherapy or Psychoeducation)

- S5 TI ((Intervent* OR treat* OR manag* OR program* OR counsel* OR coach* OR therapy OR trial OR train*)) OR AB ((Intervent* OR treat* OR manag* OR program* OR counsel* OR coach* OR therapy OR trial OR train*))
- S6 S4 OR S5
- S7 TI (QoL OR "Quality of Life" OR HRQoL OR "Health Related Quality of Life" OR "Health-Related Quality of Life" OR "activities of daily living" OR "daily living activities" OR "academic functioning" OR "academic performance" OR "academic Achievement*" OR "Academic Success*" OR "occupational functioning" OR "perceived performance" OR "satisfaction" OR "functional outcom*" OR "vocational rehabilitation" OR "occupational performance" OR "psychosocial functioning" OR "social functioning" OR "life quality" OR "social skill*" OR "interpersonal skill*" OR "social abilit*" OR "interpersonal abilit*" OR "social competenc*" OR "adaptive behav*" OR adjustment OR "Healthy adaptation*" OR "Positive adaptation*" OR "Psychologic* adaptation*" OR "Psychologic* recover*") OR AB (QoL OR "Quality of Life" OR HRQoL OR "Health Related Quality of Life" OR "Health-Related Quality of Life" OR "activities of daily living" OR "daily living activities" OR "academic functioning" OR "academic performance" OR "academic Achievement*" OR "Academic Success*" OR "occupational functioning" OR "perceived performance" OR "satisfaction" OR "functional outcom*" OR "vocational rehabilitation" OR "occupational performance" OR "psychosocial functioning" OR "social functioning" OR "life quality" OR "social skill*" OR "interpersonal skill*" OR "social abilit*" OR "interpersonal abilit*" OR "social

competenc*" OR "adaptive behav*" OR adjustment OR "Healthy adaptation*" OR
 "Positive adaptation*" OR "Psychologic* adaptation*" OR "Psychologic* recover*")

S8 (MH "Adaptation, Psychological")

S9 (MH "Quality of Life/PX")

S10 S7 OR S8 OR S9

S11 TI ("clinical trial" or "clinical study" or "randomized trial" or "controlled
 trial" or RCT or "double blind" or "randomized study" or "controlled study")
 OR AB ("clinical trial" or "clinical study" or "randomized trial" or
 "controlled trial" or RCT or "double blind" or "randomized study" or
 "controlled study")

S12 S3 AND S6 AND S10 AND S11

S13 LA (English OR Spanish)

S14 S12 AND S1

Apéndice B

Lista de artículos excluidos a texto completo

Motivo de exclusión: Comparador no psicológico

1. Brown, R. T., Borden, K. A., Wynne, M. E., Schleser, R., y Clingerman, S. R. (1986). Methylphenidate and cognitive therapy with ADD children: a methodological reconsideration. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14(4), 481-497.
2. Ferrin, M., Moreno-Granados, J. M., Salcedo-Marin, M. D., Ruiz-Veguilla, M., Perez-Ayala, V., y Taylor, E. (2014). Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD: Immediate and long-term effects using a blind randomized controlled trial. *European child & adolescent psychiatry*, 23, 637-647.
3. Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Greenhill, L. L., Conners, C. K., Arnold, L. E., ... y Wigal, T. (2001). Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 22(1), 60-73.
4. Larsen, L. B., Daley, D., Lange, A. M., Sonuga-Barke, E., Thomsen, P. H., y Rask, C. U. (2021). Effect of parent training on health-related quality of life in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A secondary analysis of data from a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(6), 734-744.

5. Lücke, C., Jenkner, C., Graf, E., Matthies, S., Borel, P., Sobanski, E., ... y Philipsen, A. (2021). Long-term improvement of quality of life in adult ADHD—results of the randomized multimodal COMPAS trial. *International Journal of Mental Health*, 50(3), 250-270.
6. Morgan, J. E., Dvorsky, M. R., Meza, J. I., Schumacher, L. T., y Pfiffner, L. J. (2022). Co-occurring psychopathology moderates social skills improvement in a randomized controlled trial of a collaborative school-home intervention for children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 51(4), 543-555.
7. MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*, 56(12), 1073-1086.
8. Pan, M. R., Huang, F., Zhao, M. J., Wang, Y. F., Wang, Y. F., y Qian, Q. J. (2019). A comparison of efficacy between cognitive behavioral therapy (CBT) and CBT combined with medication in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry research*, 279, 23-33.
9. Pfiffner, L. J., Rooney, M., Haack, L., Villodas, M., Delucchi, K., y McBurnett, K. (2016). A randomized controlled trial of a school-implemented school-home intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and impairment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(9), 762-770.

10. Schultz, B. K., Evans, S. W., Langberg, J. M., y Schoemann, A. M. (2017). Outcomes for adolescents who comply with long-term psychosocial treatment for ADHD. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(3), 250.
11. Sciberras, E., Mulraney, M., Mensah, F., Oberklaid, F., Efron, D., y Hiscock, H. (2020). Sustained impact of a sleep intervention and moderators of treatment outcome for children with ADHD: a randomised controlled trial. *Psychological medicine*, 50(2), 210-219.
12. Storebø, O. J., Skoog, M., Rasmussen, P. D., Winkel, P., Gluud, C., Pedersen, J., ... y Simonsen, E. (2015). Attachment competences in children with ADHD during the social-skills training and attachment (SOSTRA) randomized clinical trial. *Journal of Attention Disorders*, 19(10), 865-871.
13. Young, S., Khondoker, M., Emilsson, B., Sigurdsson, J. F., Philipp-Wiegmann, F., Baldursson, G., ... y Gudjonsson, G. (2015). Cognitive-behavioural therapy in medication-treated adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and co-morbid psychopathology: a randomized controlled trial using multi-level analysis. *Psychological medicine*, 45(13), 2793-2804.

Motivo de exclusión: Comparador no estructurado

1. Dittner, A. J., Hodsoll, J., Rimes, K. A., Russell, A. J., y Chalder, T. (2018). Cognitive-behavioural therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder: A proof of concept randomised controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(2), 125-137.

2. Fleming, A. P., McMahon, R. J., Moran, L. R., Peterson, A. P., y Dreessen, 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.
3. Holtmann, M., Pniewski, B., Wachtlin, D., Wörz, S., y Strehl, U. (2014). Neurofeedback in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)—a controlled multicenter study of a non-pharmacological treatment approach. *BMC pediatrics*, 14, 1-11.
4. Lambek, R., Sonuga-Barke, E. J., Lange, A. M., Carroll, D. J., Daley, D., y Thomsen, P. H. (2023). Parent training for ADHD: No generalization of effects from clinical to neuropsychological outcomes in a randomized controlled trial. *Journal of Attention Disorders*, 27(1), 98-107.
5. Larsen, L. B., Daley, D., Lange, A. M., Sonuga-Barke, E., Thomsen, P. H., Jensen, J. S., y Rask, C. U. (2023). Functional somatic symptoms in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a secondary analysis of data from a randomized controlled trial of parent training. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(10), 1979-1988.
6. Sciberras, E., Fulton, M., Efron, D., Oberklaid, F., y Hiscock, H. (2011). Managing sleep problems in school aged children with ADHD: a pilot randomised controlled trial. *Sleep medicine*, 12(9), 932-935.
7. Stern, A., Malik, E., Pollak, Y., Bonne, O., y Maeir, A. (2016). The efficacy of computerized cognitive training in adults with ADHD: A randomized controlled trial. *Journal of attention disorders*, 20(12), 991-1003.

Motivo de exclusión: Comparador sin intervención

1. Andersen, A. C., Sund, A. M., Thomsen, P. H., Lydersen, S., Young, S., y Nøvik, T. S. (2022). Cognitive behavioural group therapy for adolescents with ADHD: a study of satisfaction and feasibility. *Nordic Journal of Psychiatry*, 76(4), 280-286.
2. Andersen, A. C., Sund, A. M., Thomsen, P. H., Lydersen, S., Young, S., y Nøvik, T. S. (2024). One year follow-up of participants in a randomised controlled trial of a CBT-based group therapy programme for adolescents diagnosed with ADHD. *Nordic Journal of Psychiatry*, 78(3), 189-197.
3. Au, A., Lau, K. M., Wong, A. H. C., Lam, C., Leung, C., Lau, J., y Lee, Y. K. (2014). The efficacy of a Group Triple P (Positive Parenting Program) for Chinese parents with a child diagnosed with ADHD in Hong Kong: A pilot randomised controlled study. *Australian Psychologist*, 49(3), 151-162.
4. Egeland, J., Aarlien, A. K., y Saunes, B. K. (2013). Few effects of far transfer of working memory training in ADHD: a randomized controlled trial. *PloS one*, 8(10), e75660.
5. Molina, B. S., Flory, K., Bukstein, O. G., Greiner, A. R., Baker, J. L., Krug, V., y Evans, S. W. (2008). Feasibility and preliminary efficacy of an after-school program for middle schoolers with ADHD: A randomized trial in a large public middle school. *Journal of Attention Disorders*, 12(3), 207-217.
6. Thompson, M. J., Laver-Bradbury, C., Ayres, M., Le Poidevin, E., Mead, S., Dodds, C., ... y Sonuga-Barke, E. J. (2009). A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programme for preschoolers with

attention deficit hyperactivity disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 18, 605-616.

7. Young, S., Emilsson, B., Sigurdsson, J. F., Khondoker, M., Philipp-Wiegmann, F., Baldursson, G., ... y Gudjonsson, G. (2017). 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, 267-276.

Motivo de exclusión: Tesis/Simposio

1. Arnold, L. E., Pan, X., deBeus, R., Kerson, C., Rice Jr, R. R., Buchan-Page, K. A., ... y Mulligan, A. (2021). 30.1 REVIEW OF AND NEW 25-MONTH OUTCOMES OF A DOUBLE-BLIND NEUROFEEDBACK RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(10), S304.
2. Fleming, A. P. (2013). *Randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy for ADHD among college students (Doctoral dissertation)*.
3. Nasri, B. (2017). *New approach to the treatment of ADHD through internet and smartphones: from impairment to improvement*. Karolinska Institutet (Sweden).
4. Wennberg, B. (2019). *Keeping track of time: Daily time management, participation, and time-related interventions for children, adolescents, and young adults with neurodevelopmental disorders* (Vol. 1717). Linköping University Electronic Press.

Motivo de exclusión: Diagnóstico

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava www.universidadeuropea.com

1. Franke, N., Keown, L. J., y Sanders, M. R. (2020). An RCT of an online parenting program for parents of preschool-aged children with ADHD symptoms. *Journal of attention disorders*, 24(12), 1716-1726.

Motivo de exclusión: Protocolo

1. Bikic, A., Leckman, J. F., Lindschou, J., Christensen, T. Ø., y Dalsgaard, S. (2015). Cognitive computer training in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) versus no intervention: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 1-13.
2. Forsström, D., Oscarsson, M., Buhrman, M., y Rozental, A. (2023). A study protocol of a randomized controlled study of internet-based cognitive behavioral therapy for adult attention deficit hyperactivity disorder. *Internet Interventions*, 33, 100652.
3. Janssen, L., Kan, C. C., Carpentier, P. J., Sizoo, B., Hepark, S., Grutters, J., ... y Speckens, A. E. (2015). Mindfulness based cognitive therapy versus treatment as usual in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *BMC psychiatry*, 15, 1-10.
4. Mautone, J. A., Holdaway, A., Chan, W., Michel, J. J., Guevara, J. P., Davis, A., ... y Power, T. J. (2024). Reducing disparities in behavioral health treatment in pediatric primary care: a randomized controlled trial comparing Partnering to Achieve School Success (PASS) to usual ADHD care for children ages 5 to 11—study protocol. *BMC Primary Care*, 25(1), 225.

5. McKay, E., Kirk, H., Coxon, J., Courtney, D., Bellgrove, M., Arnatkeviciute, A., y Cornish, K. (2022). Protocol: Training inhibitory control in adolescents with elevated attention deficit hyperactivity disorder traits: a randomised controlled trial of the Alfi Virtual Reality programme. *BMJ Open*, 12(9).
6. Moritz, G. R., Pizutti, L. T., Cancian, A. C., Dillenburg, M. S., de Souza, L. A., Lewgoy, L. B., ... y Rohde, L. A. (2021). Feasibility trial of the dialectical behavior therapy skills training group as add-on treatment for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 77(3), 516-524.
7. Mundal, I., Gråwe, R. W., Hafstad, H., De las Cuevas, C., y Lara-Cabrera, M. L. (2020). Protocol: Effects of a peer co-facilitated educational programme for parents of children with ADHD: a feasibility randomised controlled trial protocol. *BMJ Open*, 10(12).
8. Nøvik, T. S., Haugan, A. L. J., Lydersen, S., Thomsen, P. H., Young, S., y Sund, A. M. (2020). Cognitive-behavioural group therapy for adolescents with ADHD: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ open*, 10(3), e032839.
9. Van der Donk, M. L., Hiemstra-Beernink, A. C., Tjeenk-Kalff, A. C., van der Leij, A. V., y Lindauer, R. J. (2013). Interventions to improve executive functioning and working memory in school-aged children with AD (H) D: a randomised controlled trial and stepped-care approach. *BMC psychiatry*, 13, 1-7.
10. Wong, K. P., y Qin, J. (2023). Effectiveness of Social Virtual Reality Training in Enhancing Social Interaction Skills in Children With

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Protocol for a Three-Arm Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 12(1), e48208.

Motivo de exclusión: Diseño

1. Villemonteix, T. (2018). L'entraînement de la mémoire de travail est-il bénéfique pour les enfants présentant un trouble déficit de l'attention/hyperactivité?. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 66(1), 3-12.
2. Eddy, L. D., Anastopoulos, A. D., Dvorsky, M. R., Silvia, P. J., Labban, J. D., y Langberg, J. M. (2021). An RCT of a CBT intervention for emerging adults with ADHD attending college: functional outcomes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(6), 844-857.

Motivo de exclusión: *Outcomes*

1. Gevensleben, H., Holl, B., Albrecht, B., Vogel, C., Schlamp, D., Kratz, O., ... y Heinrich, H. (2009). Is neurofeedback an efficacious treatment for ADHD? A randomised controlled clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(7), 780-789.
2. Kofler, M. J., Wells, E. L., Singh, L. J., Soto, E. F., Irwin, L. N., Groves, N. B., ... y Lonigan, C. J. (2020). A randomized controlled trial of central executive training (CET) versus inhibitory control training (ICT) for ADHD. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(8), 738.
3. Gerber, W. D., Gerber-von Müller, G., Andrasik, F., Niederberger, U., Siniatchkin, M., Kowalski, J. T., ... y Petermann, F. (2012). The impact of a multimodal

Summer Camp Training on neuropsychological functioning in children and adolescents with ADHD: An exploratory study. *Child Neuropsychology*, 18(3), 242-255.

4. Curtis, D. F., Heath, C. L., y Hogan, W. J. (2021). Child skills training for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A randomized controlled trial of structured dyadic behavior therapy (SDBT). *Psychotherapy*, 58(1), 68.
5. Mikami, A. Y., Normand, S., Hudec, K. L., Guet, J., Na, J. J., Smit, S., ... y Maisonneuve, M. F. (2020). Treatment of friendship problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Initial results from a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(10), 871.

Apéndice C

Información de los artículos

Artículo	Objetivos	Mediciones	Criterios incl/excl	Intervenciones	Medidas relevantes	Resultados
Pfiffner et al., 2014	Evaluar eficacia del Child Life and Attention Skills (CLAS)	Post y seguimiento (6-7 meses)	Diagnóstico primario de TDAH-I, IQ>80, viviendo con al menos uno de los padres desde el año anterior, 7-11 años, curso académico de 2-5, va a clase a tiempo completo, puede participar en los días estipulados, proximidad a la escuela de 45 minutos o menos, consentimiento del profesor para participar.	I ¹ : Child life and attention skills (CLAS): 3 componentes; 1. entrenamiento a padres grupal adaptado a TDAH-I, 2. entrenamiento en habilidades de la vida grupal para niños (componentes organizacionales y sociales específicamente para TDAH-I) y 3. consulta a profesores, con una carta de reporte diario.//I ² : Solo	Habilidades organizacionales : COSS (Children organizational skills scale); y habilidades sociales: SSIS (Social Skills Improvement Scale)	Efectos significativos encontrados en post-tratamiento para 5 de las 8 comparaciones entre CLAS y PFT; según medidas de los profesores mejores habilidades sociales y organizacionales : tamaño del efecto cerca del medio en habilidades organizacionales (d=.44) y pequeño en habilidades

Artículo	Objetivos	Mediciones	Criterios incl/excl	Intervenciones	Medidas relevantes	Resultados
			// Medicamentos psicoactivos no-estimulantes, planificando en iniciar o cambiar medicación, niños con trastornos del neurodesarrollo significativos o enfermedades neurológicas.	componente de padres		sociales (ds=.31). En la escala de los padres NS, excepto habilidades organizacionales con tamaño del efecto pequeño (d=.40). Tras seguimiento (6-7 meses) padres: mejores habilidades organizacionales , tamaño del efecto pequeño (d=.35), resto NS.
Haack et al., 2017*	Evaluar eficacia del Child Life and Attention Skills (CLAS), específicamente determinando si las mejoras en parentalidad mediarían	Post y seguimiento (6-7 meses)	*	*	Conductas académicas facilitadoras (ACES)	NI de comparación entre CLAS y PFT.

Artículo	Objetivos	Mediciones	Criterios incl/excl	Intervenciones	Medidas relevantes	Resultados
Hoxhaj et al., 2018	relación entre grupo de tratamiento y outcomes tanto con los outcomes medidos en Pfiffner (2015) como en nuevos outcomes. Comparar Mindfulness a una condición de control activo en TDAH en una variedad de outcomes	Post y seguimiento (tras 6 meses)	Adultos con diagnóstico TDAH DSM-IV que no toman medicación ni están en otros procedimientos psicoterapéuticos en los 3 meses anteriores al estudio. // Esquizofrenia, trastorno bipolar-I, abuso de sustancias, autismo, ideación suicida, conducta	I ¹ : Mindful Awareness Practices (MAP) basada en programa de reducción del estrés basado en mindfulness y terapia cognitiva basada en mindfulness // I ² : Psicoeducación sobre el TDAH, estrategias de manejo, habilidades de afrontamiento. Mejorar	Calidad de vida: SF-36	NS

Artículo	Objetivos	Mediciones	Criterios incl/excl	Intervenciones	Medidas relevantes	Resultados
			autolítica o trastornos neurológicos.	comprensión y manejo de síntomas.		
Huang et al., 2019	Comprobar eficacia de sesiones <i>booster</i> añadidas a TCC en TDAH para adultos	Post (semana 12) y seguimiento (semana 24)	Pacientes del <i>Peking University Sixth Hospital</i> , Diagnóstico TDAH en adultos según DSM-IV, estable en medicación por 2 meses o más. // Depresión mayor severa, trastorno de pánico clínicamente significativo, trastorno de bipolaridad, trastornos mentales orgánicos, trastornos psicóticos o	I ¹ : TCC con 3 sesiones de 3 refuerzo mensuales // I ² : TCC (Mastering Your Adult ADHD manual (Safren et al., 2005)	Calidad de vida: WHOQOL-BRE F; y autoestima (SES)	NS (Todo WHOQOL-BRE F): T2: Dominio físico $F=0.25$, $p=0.621$; Psicológico $F=2.00$, $p=-0.170$; Social $F=0.25$, $p=0.640$; Ambiental $F=0.85$, $p=0.362$. T3: Dominio físico $F=0.19$, $p=0.702$; Psicológico $F=0.86$, $p=-0.441$; Social $F=1.25$, $p=0.320$; Ambiental $F=4.10$, $p=0.151$. SES:

Artículo	Objetivos	Mediciones	Criterios incl/excl	Intervenciones	Medidas relevantes	Resultados
			trastorno generalizado del desarrollo; CI <90; Riesgo de suicidio; condición física inestable; articipación previa en TCC para el TDAH u otra terapia psicológica.			NS.
van der Donk et al., 2015	Efectos de CWMT en funcionamiento neurocognitivo, rendimiento académico, comportamiento en clase, problemas de conducta y calidad de vida y comprobar si Paying attention in class es igual de efectivo	Post y seguimiento (tras 6 meses)	Niños de entre 8 y 12 años con un diagnóstico de TDAH por profesional siguiendo los criterios del DSM-IV con o sin trastornos del aprendizaje y/o trastorno oposicionista desafiante comórbidos. Los niños en medicación solo	I ¹ : CWMT (Cogmed Working Memory Training): entrenamiento computarizado de MT //I ² : Paying Attention in Class (PAC): obtener más información sobre las funciones ejecutivas y su uso en clase	Rendimiento académico (Fluidez de lectura: Een MInuut Test; Automatización de matemáticas: TempoTest Automatiseren; Habilidades de deletreo:PI dictee); comportamiento en clase (learning condition test) y	NS en Cociente de eficiencia de aprendizaje. En deletreo se ven tendencia en efectos de grupo después de la corrección de Bonferroni (p=0.036), pero al intregar Dislexia como covariable no sigue presente (p=0.150). Efecto

Artículo	Objetivos	Mediciones	Criterios incl/excl	Intervenciones	Medidas relevantes	Resultados
			se incluyeron si no había habido alteraciones en su medicación por lo menos en las últimas 4 semanas antes del inicio del entrenamiento o durante. // Diagnósticos psiquiátricos diferentes a los explicitados en los criterios de inclusión, coeficiente intelectual <80, problemas con el Holandés y discapacidades sensoriales severas.	para mejorar insight de conducta de aprendizaje, mejorar capacidad de MT y Fomentar la generalización de las estrategias al contexto del aula.	calidad de vida (Kidscreen-27)	significativo a favor de CWMT en fluidez de lectura (p=0.003) son efecto de interacción (p=0.312) (los niños en CWMT rindieron mejor en línea base (p=0.004), al añadir dislexia como covariable no habían diferencias significativas (p=0.046). NS en tareas de matemáticas. NS en comportamiento en clase. NS en calidad de vida. Tamaños del efecto siempre pequeños (d

Artículo	Objetivos	Mediciones	Criterios incl/excl	Intervenciones	Medidas relevantes	Resultados
Abikoff et al., 2013	Comparar eficacia de 2 intervenciones conductuales en organización, manejo del tiempo y planificación en niños de 3-5 grado con TDAH	Post y 2 seguimientos para niños (tras 1 mes y tras 4 meses en siguiente curso académico)	8-11 años en 3-5 grado con TDAH+déficits organizacionales , IQ>=85 en Wechsler abreviada, puntuaciones elevadas de TDAH en Conners, diagnóstico de TDAH de cualquier tipo DSM-IV, > 1 dt en puntuación total en escala de habilidades organizacionales según padre/profesor. Consentimiento por parte del profesor. // Asistir a clases de educación	I ¹ : OST: asume déficits en habilidades de organización de materiales, seguimiento de actividades, manejo del tiempo y planificación de tareas. Entrena en nuevas herramientas y rutinas para registrar actividades y fechas de entrega, organizar los documentos escolares en carpetas y usar checklist para listas de materiales, seguir tiempo	Funcionamiento organizacional en casa y escuela, (COSS-P y COSS-T) funcionamiento académico (APRS), realización y gestión de las tareas (HPCL), funcionamiento familiar (FES y <i>Conflicts de COSS-P</i>), Actitud con escuela y profesores (BASC).	siempre < a 0,14) Post: OST >PATHKO en el total de COSS-P (p<.005), interacción significativa subescala-tratam iento, siendo mejor en Acciones organizadas (d=-1.21); no más diferencias significativas en COSS-P y no se diferenciaron significativamen te en más outcomes. Largo plazo: Problemas de deberes resultados significativos de efecto en el tiempo en

Artículo	Objetivos	Mediciones	Criterios incl/excl	Intervenciones	Medidas relevantes	Resultados
			especial, tener un plan educacional individualizado o ayuda paraprofesional específica a organización; diagnóstico de Pervasive developmental disorders, psicosis, trastorno bipolar, estrés post-traumático o cualquier otra condición juzgada para contra-indicar la participación; o estar recibiendo tratamiento conductual para TDAH. Los niños con trastorno de conducta,	para completar tareas y separar las tareas en pasos. Se hace la sesión con los niños y se añaden los padres en los últimos 10 minutos. Se entrena a padres y profesores en reforzar el uso de estas estrategias. //I ² : PATHKO: entrena a padres y profesores en: 1. establecimiento de metas específicas e individuales en tablas escritas que se rellenan a diario y 2. estimular, monitorizar y		HPCL (t de Wald=2.90, p<.004), que, al interpretarse en la interacción tiempo por tratamiento muestra cómo las puntuaciones no cambiaron en OST mientras que se aumentaron los problemas en PATHKO (t=2.28, p<.03). Los niños en OST continuaron teniendo puntuaciones totales significativamente mejores en COSS-P (t = 2.49, p<.02), en las subescalas se mostró

Artículo	Objetivos	Mediciones	Criterios incl/excl	Intervenciones	Medidas relevantes	Resultados
			opositivo-desafi ante, ansiedad o del estado de ánimo no fueron excluidos.	reforzar en la consecución de metas. Las sesiones involucran a los padres preferentemente, uniendose los niños brevemente al final de cada sesión. Tiene 3 componentes: 1. Cartas de reporte diario: de los profesores a profesores y viceversa sobre las conductas en la escuela y en casa, 2. Economía de fichas: con puntos para intercambiar por premios al conseguir metas		funcionamiento significativamen te mejor en Acciones organizadas ($t=-3.58$, $p< .0004$) y en el clúster de factores cruzados ($t=-2.20$, $p<.03$) . No se observaron diferencias significativas entre OST y PATHKO en otros parámetros.

Artículo	Objetivos	Mediciones	Criterios incl/excl	Intervenciones	Medidas relevantes	Resultados
				en casa y en las cartas de reporte diario y 3. Estructuras y reglas de deberes: los padres establecen y recompensan la adherencia a las normas de compleción de tareas.		
Schuck et al., 2016	Comparar resultados de TCC+CAi y TCC con respecto al no tratamiento en problemas de conducta, síntomas de TDAH, habilidades sociales y comportamiento prosocial.	Post y seguimiento (tras 6 semanas)	TDAH-C, 7-9 años, CI ≥ 80 y completar todas las medidas de evaluación. // Uso de medicación para TDAH; diagnóstico de <i>Pervasive developmental disorder</i> , depresión, ansiedad o	I ¹ : CAI (TCC con canina) //I ² : TCC	Habilidades sociales (SSIS-RS) y Competencias sociales (SCI); solo se usa Orientación prosocial (PO)	NS en habilidades sociales en post (F(1,22)=0.08, p=.79) ni seguimiento (F(1,22)=0.03, p=.87). NS interacción grupo.tiempo (β = -1.19, SE = 2.11), F(1, 22) = 0.32, p =.58), por lo que el

Artículo	Objetivos	Mediciones	Criterios incl/excl	Intervenciones	Medidas relevantes	Resultados
	Además de comprobar si las mejoras asociadas a la eficacia del tratamiento se mantienen en el tiempo.		epilepsia; historia de crueldad a los animales.			ratio de mejoras fue similar. Igual en PO: post ($F(1, 22) = 1.19, p = .29$) y seguimiento ($F(1, 22) = 1.00, p = .33$). El grupo no predijo el ratio de cambio ($\beta = .02, SE = 0.08$), $F(1, 22) = 0.04, p = .83$.) NS interacciones tiempo y grupo (Todas $F_s < 1.80$ todos $p > .18$), los resultados se mantuvieron 6 semanas tras la intervención en ambos grupos en habilidades sociales ($t(22) = -.73, p = .48, d = .15$) y PO ($t(22)$

Artículo	Objetivos	Mediciones	Criterios incl/excl	Intervenciones	Medidas relevantes	Resultados
						= -.20, p = .84, d = .02)"
Korfmacher et al., 2022	Evaluar NF Y SMT en mejora en síntomas base y si esto se relaciona con mejoras en autoconcepto y QoL.	T2 (tras 24 sesiones), T3 (tras 36 sesiones), T4 (tras 6 meses) y T5 (tras 12 meses)	7-12 años, nivel avanzado de Alemán, diagnóstico DSM-IV, IQ $\geq$ 80. No excluidos comórbidos pero se incluyeron las condiciones de comorbilidad en el plan de tratamiento. Niños que toman estimulantes tampoco excluidos, pero se midieron dosis y cambios potenciales. // Condiciones que puedan imitar TDAH (autismo,	I ¹ : SMT (entrenamiento en atención) //I ² : SCP NF	Calidad de vida (Kindl-R), Autoconcepto (Self-concept interview)	mITT (de T1 a T3): KINDL: SMT>NF en Total (F1,111 = 4.2, p = 0.04, part. η^2 = 0.04) y en autoestima (F1,111 = 4.9, p = 0.03, part. η^2 = 0.04) NS en resto de subescalas. Autoconcepto: Mejoras en escuela tras SMT, NS entre grupos. En análisis multigrupo los coeficientes de trayectoria no muestran diferencias significativas (la mayoría de las

Artículo	Objetivos	Mediciones	Criterios incl/excl	Intervenciones	Medidas relevantes	Resultados
			trastornos cerebrales, epilepsia, hipertiroidismo, y cualquier trastorno genético o médico asociado con comportamiento externalizante).			subescalas de KINDL exceden 0.40; NS) En autoconcepto NS.

Nota 1: *Haack et al., es un análisis secundario de los datos extraídos de Pffner. I¹=Intervención 1; I²= Intervención 2; NI: no informa; NS: No estadísticamente significativo; TDAH-I: Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, subtipo inatento; TDAH-C: Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, subtipo combinado; PFT: Parent Focused Training; TCC: Terapia cognitivo-conductual; CI: cociente intelectual; d=tamaño del efecto; p: significación (>.05=significativo); WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life; OST: Organizational Skills Training; CAI: Canine-assisted therapy; NF:neurofeedback; SMT: self management training.