



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Cognitive Behavioural Therapy in patients with
Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A
Systematic Review.

Terapia Cognitivo Conductual en pacientes con
Trastorno por Déficit de Atención e
Hiperactividad. Una Revisión Sistemática.

Autor

Ignacio Catalá Ríos

Tutor/a

Vanesa Hidalgo Calvo

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Universidad de Zaragoza

Junio 2022

Índice.

1. Introducción	4
2. Esquema de Materiales y Método	8
2.1 Fuentes bibliográficas y búsquedas	8
2.2 Elegibilidad	8
2.3 Selección de estudios.....	9
2.4 Extracción de datos	10
2.5 Síntesis de resultados	11
3. Resultados	15
3.1 Metodología.....	15
3.2 Descripción de los participantes	15
3.3 Sesiones TCC	16
3.4 Efectos TCC	16
3.4.1 TCC + FARM en comparación TCC sola	16
3.4.2 TCC + FARM en comparación FARM sola	17
3.4.3 TCC como tratamiento único	19
4. Discusión	19
5. Conclusión	22
6. Referencias	24

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una afección crónica que afecta a millones de niños y continúa en la edad adulta. Tiene como síntomas centrales la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad que se traducen en desorganización y problemas para establecer prioridades, falta de habilidades para administrar el tiempo, problemas de concentración, actividad excesiva e inquietud, baja tolerancia a la frustración, problemas para realizar múltiples actividades al mismo tiempo, rigidez cognitiva, etc. Además de otros síntomas, como son la ansiedad, la depresión o la baja autoestima. El objetivo de esta revisión fue realizar una búsqueda sistemática de trabajos empíricos de intervención en pacientes con TDAH tratados con Terapia Cognitivo Conductual (TCC) acompañada de otros tratamientos, como el farmacológico (FARM), o sola para evaluar la eficacia de la TCC en pacientes diagnosticados de TDAH. Los resultados corroboraron la eficacia de la TCC y la FARM en pacientes con TDAH, tanto a corto como a largo plazo. A lo largo de la revisión se evidencia la importancia de establecer una terapia psicosocial que complemente la farmacología debido a sus limitaciones y posibles efectos secundarios.

Palabras clave: Revisión Sistemática, TDAH, Terapia Cognitivo Conductual, Farmacología.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a chronic condition that affects millions of children and continues into adulthood. Its core symptoms are inattention, hyperactivity and impulsivity, which translate into disorganisation and problems in prioritisation, lack of time management skills, concentration problems, excessive activity and restlessness, low frustration tolerance, problems in performing multiple activities at the same time, cognitive rigidity, etc. In addition to other symptoms, such as anxiety, depression or low self-esteem. The purpose of this review was to conduct a systematic search of empirical studies of intervention in patients with ADHD treated with Cognitive Behavioural Therapy (CBT) accompanied by other treatments, such as pharmacological (PHARM), or alone to assess the efficacy of CBT in patients diagnosed with ADHD. The results corroborated the efficacy of CBT and PHARM in patients with ADHD, both in short and long term. Throughout the review, the importance of establishing a psychosocial therapy that complements pharmacology due to its limitations and possible side effects is evident.

Keywords: Systematic Review, ADHD, Cognitive Behavioural Therapy, Pharmacology.

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se considera el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en la infancia pues lo sufren entre un 5% y un 20% de los niños a nivel mundial, mientras que en España la cifra oscila entre un 2% y un 5%, tal y como muestran los datos de la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH). El TDAH es un trastorno neurobiológico cuyos síntomas más frecuentes son la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales APA, 2013).

Existen diferentes concepciones del trastorno dependiendo del punto de vista desde el que nos situemos. Desde la biología, los factores genéticos influidos por aspectos ambientales son considerados la causa fundamental del trastorno, dando lugar a alteraciones cerebrales y cognitivas básicas, sugiriendo que el tratamiento debería consistir en psicofármacos y un control conductual directivo y estricto (Zapico y Pelayo, 2012). Desde la psicología, el TDAH no sería tanto un trastorno o una enfermedad como una variante psicológica del desarrollo acentuada por aspectos sociales que daría lugar a alteraciones emocionales y cuyo abordaje debería basarse en medidas de soporte emocional y apoyo educativo (Zapico y Pelayo, 2012).

El DSM-5 (2014) define el TDAH como un trastorno de patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad que influye en el desarrollo del que lo padece. Para diagnosticar tanto la falta de atención como la hiperactividad e impulsividad deben presentarse al menos seis de los síntomas que lo caracterizan durante al menos seis meses siempre que dificulte o interfiera en el desarrollo de las relaciones sociales y académicas.

El procedimiento diagnóstico consiste en diversos procesos para garantizar su fiabilidad. Se inicia con una entrevista completa para recopilar información sobre la historia clínica del paciente con exploración neuropsicológica, además de estar apoyado en escalas de evaluación. Otra opción para aportar información acerca del paciente, son las pruebas neuropsicológicas, aunque no se consideran diagnósticas ni se usan de forma usual.

Dependiendo de los síntomas que se presenten podemos encontrar tres tipos de TDAH distintos, predominio de falta de atención, destacando no escuchar, olvidar sus tareas, no seguir instrucciones, distracciones ante cualquier estímulo, sufrir descuidos, etc. Son niños que tienden a pasar inadvertidos pero su dificultad para centrar la atención trae consigo otras consecuencias. Por ejemplo, predominio de hiperactividad e impulsividad, caracterizado por inquietud, incapacidad para mantener la calma, incapacidad para esperar su turno, habla rápida, movimiento constante de las manos y los pies, interrumpir otras conversaciones, etc. Se da en niños de muy corta edad siendo sus síntomas fáciles de identificar porque son, en su mayoría, físicos. Además, la hiperactividad se combina con falta de atención, por lo que estos niños están en constante movimiento, revolucionan al resto de compañeros, y son incapaces para centrar la atención, etc.

En cuanto a su etiología, hay evidencia que sugiere la interacción de factores genéticos y ambientales (Martínez et al., 2015). Su curso, pronóstico y evolución se asocia con la exposición a diversas condiciones ambientales tales como el consumo de heroína y cocaína durante el embarazo, traumatismo craneoencefálico en la primera infancia, infección del sistema nervioso central, etc. descartando el sistema familiar y social (Rusca y Cortez, 2020).

Existen estudios que indican que las personas con TDAH muestran, en comparación con personas sanas, reducciones en los volúmenes de materia gris y adelgazamiento cortical, anomalías en la conectividad y actividad de la red en modo predeterminado, y la actividad de la región cerebral alterada durante las tareas de inhibición y atención (Wang et al., 2015). Además, el TDAH afecta a diversos aspectos del desarrollo, entre ellos, las funciones cognitivas y emocionales y en el ambiente familiar y social (Martínez et al., 2015).

Respecto al tratamiento del TDAH, este puede ser únicamente farmacológico o psicológico, sin embargo, las guías internacionales establecen una intervención multimodal, basada en la combinación de la farmacología y del tratamiento psicológico. La farmacología es el método que ha obtenido mejores resultados (Cobisiero et al., 2018), pues mediante la medicación se consiguen resultados inmediatos en comparación con la intervención psicológica, basada en el

desarrollo de estrategias y habilidades cognitivas y de comportamiento, que se logran resultados a largo plazo.

La psicofarmacología se divide en fármacos estimulantes, de acción rápida, y fármacos no estimulantes, de acción prolongada. Ambos tipos presentan un alto grado de eficacia en la disminución de la sintomatología del TDAH (Esperón y Gómez, 2014).

En relación con el tratamiento psicológico, la terapia cognitivo conductual (TCC) es la base de las intervenciones para el TDAH. Es un tratamiento psicosocial usado para mejorar y gestionar los síntomas del TDAH. Se ha demostrado su eficacia para los síntomas centrales, funciones sociales y síntomas comórbidos, como la ansiedad y la depresión, mostrando su eficacia a largo plazo (Anastropoulus et al., 2018; Solanto et al., 2018). Esta terapia se puede dividir en 2 partes: (i) la terapia conductual que ayuda a mejorar el comportamiento, el autocontrol y la autoestima. Mediante un análisis de la conducta, busca identificar cuáles son los factores que genera que ésta se considere inadecuada con el objetivo final de reducirla al mínimo o eliminarla promoviendo a su vez comportamientos positivos. Los dos principios fundamentales que fundamentan esta teoría son el Condicionamiento Clásico y el Condicionamiento Operante, y (ii) la terapia cognitiva, basada en el estudio y la evaluación de los pensamientos que afectan de forma negativa a la vida, además de aportar herramientas para facilitar un procesamiento de la información percibida por uno mismo y del entorno, más flexible y positivo. Algunas de las herramientas que usa la terapia cognitiva son las técnicas de autoinstrucciones y autocontrol, resolución de problemas, y entrenamiento en habilidades sociales (Fernández et al., 2012). Además, la TCC incluye otras formas de intervención como la terapia para el entrenamiento de los padres. El objetivo de dicha terapia es una pronta detección del problema facilitando la búsqueda de soluciones y el tratamiento. El entrenamiento para los padres consiste en proporcionar información respecto al trastorno, se les enseña cómo modificar y controlar la conducta de su hijo mediante reforzamiento y castigo, y se les ayuda con las habilidades de comunicación y formas positivas de interacción para mejorar la relación (Korzeniowsk y Ison, 2008).

La TCC ayuda a los pacientes a identificar los pensamientos automatizados, detectar errores cognitivos, generar un pensamiento adaptativo, elaborar modelos conductuales adecuados mediante habilidades de activación conductual y redirigir emociones y acciones (Pan et al., 2019). Sin embargo, el tratamiento farmacológico consiste en el tratamiento con cualquier sustancia, no alimentos, usada para prevenir, diagnosticar o aliviar síntomas por una enfermedad o estado anormal (Golan et al., 2017).

El TDAH produce un desequilibrio de los neurotransmisores de dopamina y noradrenalina ocasionado desajustes en el funcionamiento cerebral, afectando al lóbulo frontal y áreas prefrontales, generando problemas en las funciones ejecutivas y provocando alteraciones en la atención, el control de los impulsos, la inhibición de respuestas y la toma de decisiones (Soutullo y Díez, 2007). Por ello, el tratamiento que se suele utilizar son los fármacos estimulantes como el metilfenidato, que actúa como inhibidor de la dopamina y la norepinefrina, aumentando progresivamente las concentraciones sinápticas y extrasinápticas de estos dos neurotransmisores (García y Durán, 2005).

La literatura evidencia la eficacia de los fármacos para síntomas centrales del TDAH, síntomas de ansiedad y depresión, funciones sociales y funciones ejecutivas, con beneficios a largo plazo (García y Durán, 2005).

A pesar de que la medicación es el tratamiento principal del TDAH y más respaldado empíricamente, también ha tenido grandes limitaciones, pues se ha asociado a efectos adversos y altas tasas de abandono, problemas de adicción, respuestas parciales al tratamiento y síntomas residuales persistentes, mostrando hasta un 50% de los pacientes adultos menos de un 30% de disminución de los síntomas (Castells et al., 2011). Además de ello, el tratamiento con fármacos puede llevar asociado efectos secundarios como son cefalea, insomnio, nerviosismo y, en menor medida, anorexia, hipertensión arterial, labilidad emocional, arritmia, taquicardia, palpitaciones y otros como dolor abdominal, vómitos, diarrea, alopecia, mareos y tos (García y Durán, 2005).

El TDAH es una afección crónica asociada a dificultades significativas en el funcionamiento social y en las funciones ejecutivas. Pese a la evidencia, siguen surgiendo dudas sobre la eficacia de la TCC y tiende a quedarse en segundo

plano, mientras que la medicación sigue siendo el tratamiento principal sin tener en cuenta sus limitaciones y efectos secundarios.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, el objetivo de este Trabajo Fin de Grado (TFG) fue realizar una búsqueda sistemática de trabajos empíricos de intervención en pacientes con TDAH tratados con TCC acompañada de otros tratamientos o sola para evaluar la eficacia de la TCC en pacientes diagnosticados de TDAH.

Se espera corroborar la eficacia de la TCC en el tratamiento del TDAH y poder establecer una opción psicosocial junto al tratamiento farmacológico o para aquellos casos en los que los fármacos no tengan el efecto esperado.

2. ESQUEMA DE MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Fuentes bibliográficas y búsquedas

Esta revisión ha sido llevada a cabo de acuerdo con las directrices del Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA; Moher et al., 2009).

Las búsquedas se realizaron en las bases de datos Alcorze and Pubmed en 12-05-2022. Las palabras clave que se incluyeron en las búsquedas fueron Attention deficit disorder and hyperactivity, Cognitive behavioral therapy, Pharmacology combinadas mediante búsquedas booleanas de acuerdo con las siguientes expresiones: Attention deficit disorder and hyperactivity* AND Cognitive behavioral therapy*. Estas palabras clave fueron incluidas en las secciones "title and abstract" o "all" de las bases de datos consultadas. La búsqueda se limitó a artículos empíricos entre 2015 y 2022 en inglés. Además, se ha realizado una búsqueda inversa llevada a cabo tras el examen de las listas de referencias de los artículos incluidos en la revisión para identificar posibles artículos indexados en las bases de datos.

2.2. Elegibilidad

Los criterios de inclusión para la presente revisión han sido todos los artículos que cumplían los siguientes requisitos:

- a) Artículos originales y empíricos publicados en revistas con revisión por pares

- b) Que el idioma del artículo sea el inglés
- c) Que los participantes en el estudio sean seres humanos
- d) Artículos entre 2015 y 2022
- e) Que la muestra esté compuesta por personas diagnosticadas de TDAH
- f) Que un grupo de participantes sea tratado mediante la terapia cognitivo conductual

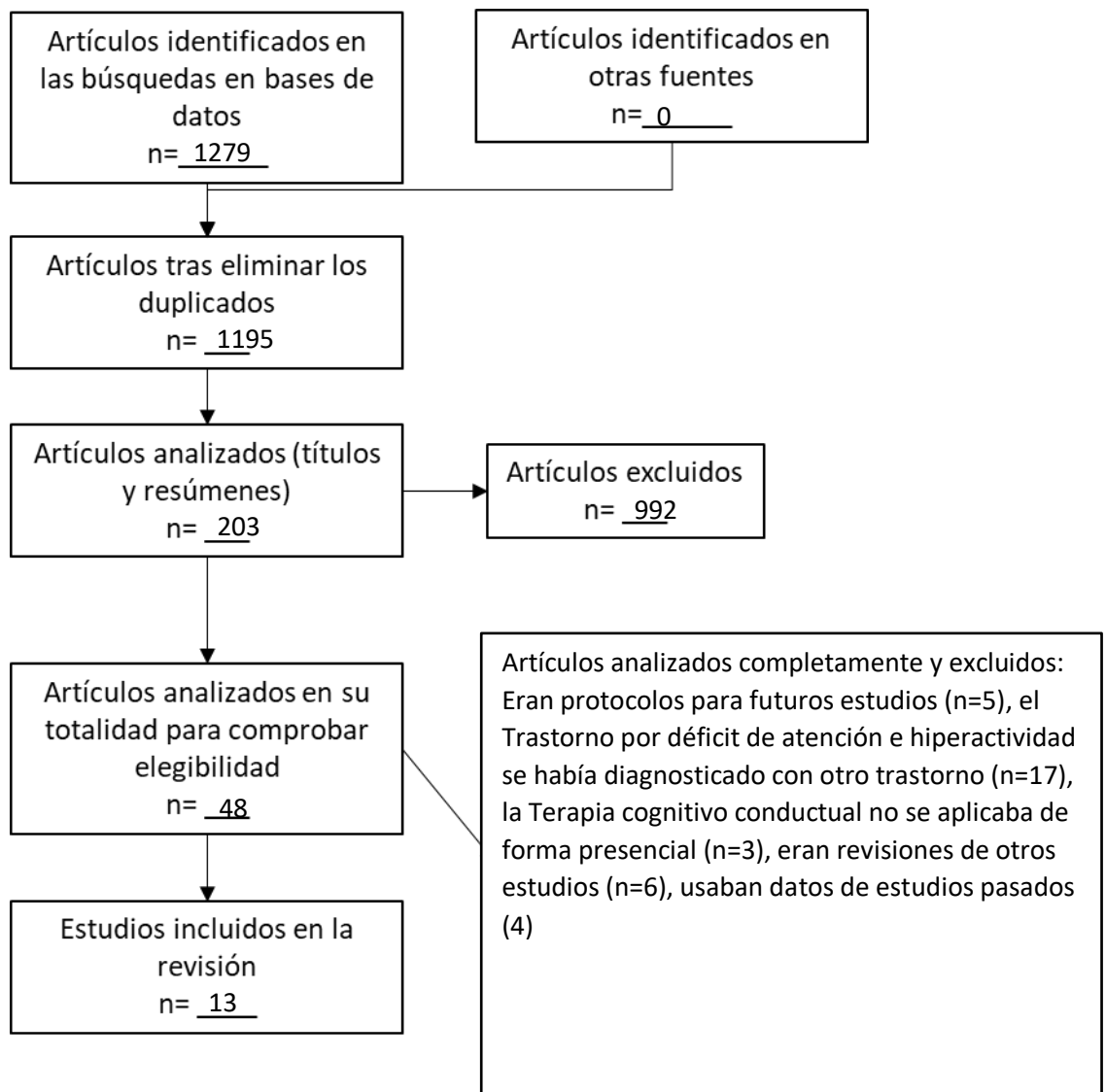
Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta son los siguientes:

- a) Artículos originales y empíricos que no cuenten con revisión por pares
- b) Otro idioma distinto al inglés
- c) Artículos de años anteriores al 2015

2.3. Selección de los estudios

El autor de la revisión ha analizado los títulos y resúmenes para comprobar su coherencia con los criterios de inclusión. Las discrepancias entre los artículos y estos criterios han sido resueltas mediante una observadora externa (tutora). Posteriormente, se analizaron los artículos en su totalidad para comprobar su inclusión y aquellos estudios que no cumplían los criterios de inclusión fueron excluidos. Las razones por las que fueron excluidos estos artículos se encuentran detalladas en la Figura 1.

Figura 1. Proceso de selección de los estudios.



2.4. Extracción de los datos.

El autor de la presente revisión ha revisado todos los artículos incluidos y ha extraídos los siguientes datos:

- a) La referencia
- b) El tamaño de la muestra
- c) La edad media de los participantes
- d) Metodología, programas utilizados
- e) Resultados del estudio
- f) Conclusiones tras analizar los resultados

2.5. Síntesis de los datos

Los datos extraídos de los artículos se han dividido en 4 categorías. Estas categorías han sido las siguientes: Metodología (cómo se han dividido los estudios), Descripción de los participantes, Sesiones TCC y Efectos TCC.

Tabla 1. Resumen de los artículos incluidos en esta revisión.

Referencia	N	Edad	Metodología	Resultados	Conclusiones
Anastropoulos et al. (2018)	88	17-27	TCC ADHD RS-IV CAARS-S SCID-I BRIEF-A	TCC mejoras en funcionamiento ejecutivo y síntomas de ansiedad y depresión.	Eficacia de la TCC en el tratamiento de universitarios con TDAH.
Cherkosova et al. (2016)	88 TCC + M = 42 TCC = 46	+18	TCC WAIS-III CAARS WURS WAIS WMS-III	TCC + M obtuvo mejores resultados en síntomas de TDAH, habilidades organizativas y autoestima.	TCC + M tiene mejores resultados que TCC sola. Esta diferencia disminuye con el tiempo.
Cobisiero et al. (2018)	Total 43 TCC + M = 20 TCE + M = 24	18-49	TCC CAARS WRAADD ADHD-RS SDS AAQOL SWE	TCC + M y TCE + M obtuvieron mismos resultados en síntomas de TDAH.	TCC no obtiene mejores resultados que TCE.
Dittner et al. (2017)	Total 60 TAU = 30 TAU + TCC = 30	18-65	TCC CAADID WSAS HADS CGI CORE-OM	TCC + TCE mejores resultados en síntomas de TDAH.	Mayor eficacia de TCC + TCE frente a TCE sola.
Huang et al. (2017)	Total 108 TCC = 43 TCC + R = 43 CNT = 22	+45	TCC ADAD-RS CAARS BRIEF-A WHOQOL-BREF SES	TCC y TCC + R no mostraron diferencias significativas.	TCC es eficaz en el tratamiento del TDAH. R no proporciona beneficios adicionales.

Mei-Rong et al. (2021)	Total 98 TCC + M = 49 M = 49	18-45	TCC WAIS-RC ADHD-RS CAARS BRIEF-A WHOQOL-BREF	TCC + M obtiene mejoras en síntomas centrales y pensamientos automáticos.	Mayor eficacia de TCC + M frente a M sola.
Pan et al. (2019)	Total 124 TCC = 67 TCC + M = 57	+18	TCC CAARID BRIEF-A WHOQOL-BRIEF	TCC + M mejor en funciones ejecutivas. TCC mejor en dominio físico. Iguales en síntomas centrales.	Eficacia de la TCC en el tratamiento de adultos con TDAH.
Sciberras et al. (2015)	Total 12 TCC = 6 TCE = 6	8-12	TCC ADIS-C ADHD RS-IV SDS SAS	TCC mejora bienestar, síntomas, ansiedad y calidad de vida y salud de los padres.	TCC mejora dominios importantes del funcionamiento sin el uso de la farmacología.
Solanto et al. (2018)	Total 88 AJ = 55 AM = 26	AJ 18-50 AM 50-65	TCC CAARS-S WAIS-III SCID-I SCID-II AISRS-IV BRIEF-A	Desmiente hipótesis, AM y AJ responden por igual en medidas de atención.	TCC es eficaz en el tratamiento de adultos con TDAH.
Sprich et al. (2016)	46	14-18	TCC CGI K-SADS CGI	TCC provoca una menor gravedad de los síntomas.	Eficacia de la TCC en el tratamiento de adolescentes con TDAH.
Vidal et al. (2015)	Total 89 TCC = 45 TCE = 44	15-21	TCC K-SADS-PL CAADID SCID-I	TCC genera una reducción de los síntomas en comparación a TCE.	Eficacia de TCC+M en síntomas y deterioro funcional en adolescentes.

			SCID-II ADI-R WAIS-III ADHD-RS BDI CSGI-S		
Wang et al. (2015)	Total 22 TDAH = 10 CNT = 12	TDAH 18-31 CNT 19-32	TCC CAARID ADHD RS-IV	Aumento rFCS asociado a la TCC en el giro frontal medio izquierdo, lóbulo posterior izquierdo del cerebelo y en bilateral SPG.	TCC modula la conectividad de la red intrínseca. TCC comparte mecanismo cerebral con FMRI.
Young et al. (2015)	Total 95 TCC + M = 48 M = 47	+18	TCC K-SADS-PL CGI ADHD-RS Barkley BAI BDI QOLS	TCC + M obtuvo mejores resultados para síntomas de TDAH.	Eficacia de TCC + M a lo largo del tiempo.

Abreviaturas: Terapia Cognitivo Conductual (TCC), Terapia Clínica Estandar (TCE), Tratamiento Habitual (TAU), Escala de Calificación de TDAH autoinformada (ADHD RS-IV), Escala de calificación de TDAH en adultos de Conerrs (CAARS), Entrevista de diagnóstico de TDAH en adultos de Coneers para el DSM-IV (CAADID), Escala de Inteligencia para adultos de Wechsler (WAIS), Escala de Ansiedad Autoevaluación (SAS), Escala de Autoevaluación de la Depresión (SDS), Versión breve de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BRIEF), Inventario de Calificación de comportamiento de la función ejecutiva versión para adultos (BRIEF-A), Escala de Síntomas actuales de Barkley (BARKLEY), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Calidad de Vida (QOLS), Entrevista clínica estructurada para DSM-IV (SCID-I, SCID-II), Versión corta del autoinforme de la Escala de calificación de TDAH en adultos de Conerrs (CAARS-S), Programa de entrevistas para el trastorno de ansiedad en niños (ADIS-C), Esquemas de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (K-SADS-PL), Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-IV), Escala de Impresión clínica global para la severidad (CGI-I), Escala de Autoestima (SES), Escala de Calificación de Wender Utah (WURS), Escala de Memoria de Wechsler-III (WMS-III), Escala de Dicapacidad de Sheehan (SDS), Escala de calificación del trastorno por déficit de atención en adultos de Wender-Reimherr (WRAADDs), Escala de calidad de vida por trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos (AAQoL), Escala de autoeficacia percibida (SWE), Escala de autoestima de Rosenberg (RSES), Escala de ajuste social y laboral (WSAS), Hospital de Ansiedad y Depresión (HADS), Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM), Exploración Imagen Resonancia Magnética Funciona (Rfcs).

3. RESULTADOS

3.1 METODOLOGÍA (División de los estudios)

Esta revisión sistemática se ha compuesto de 13 estudios, todos ellos aportan datos sobre los efectos que provoca la TCC en pacientes diagnosticados con TDAH.

De los 13 estudios, 2 se centran en la diferencia entre el tratamiento de la TCC + FARM y TCC sin farmacología (Cherkosova et al., 2016; Pan et al., 2019), 5 comparan los efectos utilizando TCC + FARM en comparación con FARM sola (Young et al., 2015; Sprich et al., 2016; Dittner et al., 2017; Cobisiero et al., 2018; Mei-Rong et al., 2021), y, los 6 restantes, aplican la TCC como único tratamiento o como nuevo tratamiento a pacientes ya medicados cuyos síntomas persisten (Sciberras et al., 2015; Vidal et al., 2015; Wang et al., 2015; Huang et al., 2017; Anastropoulus et al., 2018; Solanto et al., 2018).

En los estudios mencionados, pueden haberse aplicado otros tipos de terapia junto con la TCC, como por ejemplo Tratamiento Clínico Estandar (TCE) (Sciberras et al., 2015; Vidal et al., 2015; Cobisiero et al., 2018), Tratamiento habitual (TAU) (Young et al., 2015; Dittner et al., 2017), sesiones de refuerzo (Huang et al., 2017) o Exploración Imagen Resonancia Magnética Funciona (Rfcs) (Wang et al., 2015).

3.2 DESCRIPCIÓN PARTICIPANTES

Este apartado divide a los artículos en función de la edad de sus participantes y si estaban siendo medicados o no en el momento que se inició la TCC.

Tres estudios contaban con participantes menores de edad, uno de ellos se centró en el tratamiento de la ansiedad en niños con TDAH, los niños que estaban siendo medicados debían haber sido diagnosticados con una ansiedad significativa y estar tratados con medicación de forma estable durante 6 meses (Sciberras et al., 2015). De los otros dos estudios, uno de ellos contaba con adolescentes medicados de forma estable (Sprich et al., 2016) y el otro estableció la edad de sus participantes entre los 15 y los 21 años y estaban siendo tratados con medicación, pero seguían con síntomas (Vidal et al., 2015).

En un único estudio de los que componen la presente revisión, los participantes, mayores de edad, nunca fueron medicados, ni durante el tratamiento (Wang et al., 2015).

En los 9 estudios restantes, los participantes eran todos mayores de edad y aquellos que habían recibido medicación para el tratamiento de TDAH, debían haber sido tratados de forma estable como criterio de inclusión para los estudios (Young et al., 2015; Cherkasova et al., 2016; Dittner et al., 2017; Huang et al., 2017; Anastropoulus et al., 2018; Corbisiero et al., 2018; Solanto et al., 2018; Pan et al., 2019; Mei-Rong et al., 2021).

3.3 SESIONES TCC

Los estudios varían en el número de sesiones de TCC y en el tipo, grupal o individual, sin embargo, todos ellos plantean los siguientes objetivos en común: tratamiento de los síntomas más significativos del TDAH como son la falta de atención, impulsividad, funciones ejecutivas, ansiedad, depresión, entre otros. Además, todos los estudios establecieron una asignación aleatoria de los participantes a sus correspondientes grupos.

Del conjunto de estudios, 2 de ellos establecieron 15 sesiones de TCC (Young et al., 2015; Dittner et al., 2017), 9 plantearon 12 sesiones (Cherkosova et al., 2016; Pan et al., 2019; Mei-Rong et al., 2021; Sprich et al., 2016; Cobisiero et al., 2018; Huang et al., 2017; Solanto et al., 2018; Vidal et al., 2015; Wang et al., 2015), y los 2 restantes optaron por 10 sesiones (Sciberras et al., 2015; Anastropoulus et al., 2018).

En cuanto al tipo de sesión, 8 estudios trabajaron mediante sesiones grupales de TCC (Vidal et al., 2015; Cherkosova et al., 2016; Dittner et al., 2017; Huang et al., 2017; Solanto et al., 2018; Anastropoulus et al., 2018; Pan et al., 2019; Mei-Rong et al., 2021) y 5 mediante sesiones individuales (Sciberras et al., 2015; Wang et al., 2015; Young et al., 2015; Sprich et al., 2016; Cobisiero et al., 2018).

3.4 EFECTOS DEL TCC

3.4.1 Efectos del tratamiento combinado (TCC + FARM) en comparación con el tratamiento psicológico (TCC) sin farmacología

Los dos estudios que se exponen a continuación tienen en común que compararon los efectos del TCC si junto al tratamiento se daba tratamiento farmacológico o no (Cherkosova et al., 2016; Pan et al., 2019).

Ambos estudios obtuvieron resultados muy similares, la TCC, con y sin medicación, provoca una mejora significativa en relación con la línea base de los síntomas del TDAH, tanto en síntomas autoinformados como en síntomas informados por el observador (Cherkosova et al., 2016; Pan et al., 2019).

La TCC + FARM resultó superior en la mejora de los síntomas centrales del TDAH, sin embargo, en dichos estudios, aunque ambos grupos obtuvieron mejoras en síntomas emocionales, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a sus efectos en los síntomas de depresión y ansiedad, deterioro del funcionamiento global, psicopatología global y expresión de la ira (Cherkosova et al., 2016; Pan et al., 2019).

Por otro lado, con respecto a la valoración de sus efectos sobre la calidad de vida, el grupo TCC tuvo una mejora en el dominio físico por encima del grupo TCC + FARM (Pan et al., 2019). El dominio físico consta de dolor y malestar, energía y fatiga, sueño y descanso, dependencia de medicamentos, movilidad, actividad de la vida diaria y capacidad de trabajo.

Por tanto, ambos estudios muestran un beneficio superior de la TCC + FARM sobre la TCC sola, tanto durante del tratamiento como a posteriori, de 3 a 6 meses (Cherkosova et al., 2016; Pan et al., 2019).

3.4.2 Efectos del tratamiento combinado (TCC + FARM) en comparación con el tratamiento farmacológico (FARM) solo

De los estudios analizados en esta revisión, 5 estudios comparan los efectos del tratamiento de TCC y tratamiento farmacológico con la aplicación del tratamiento farmacológico sólo (Young et al., 2015; Sprich et al., 2016; Dittner et al., 2017; Cobisiero et al., 2018; Mei-Rong et al., 2021). En los 5 estudios mencionados, todos los participantes habían sido diagnosticados con TDAH y en el momento que se inició la terapia estaban siendo tratados con medicación de manera estable.

De los 5 estudios solo 1 no obtuvo mejoras significativas en TCC + FARM en comparación con el tratamiento farmacológico sólo. (Cobisiero et al., 2018).

En los 4 estudios que obtuvieron mejoras significativas para el grupo de TCC + FARM, los resultados obtenidos fueron los siguientes: una mejora significativa en síntomas centrales y en la gravedad de estos desde el inicio del tratamiento, mejora significativa en depresión autoinformada y en autoestima, mejoras en calidad de vida (dominio físico y psicológico, mejoras en el dominio social muy graduales en el tiempo). Sin embargo, los estudios no encontraron mejoras significativas en la función ejecutiva (Young et al., 2015; Sprich et al., 2016; Dittner et al., 2017; Mei-Rong et al., 2021). Solo un estudio no obtuvo mejoras estadísticamente significativas en ansiedad, depresión y angustia global (Cobisiero et al., 2018).

Uno de los estudios obtuvo resultados en ambos grupos (TCC + FARM y TCC sola) que no difirieron significativamente en la calificación en síntomas, dominios únicos del TDAH y deterioro en la vida diaria (Cobisiero et al., 2018). A pesar de ello, el estudio concluyó que el curso del trastorno justifica la TCC por diversos puntos; algunos síntomas tienen mejores resultados al ser tratados desde la psicología (comportamiento organizacional y social, tratar problemas particulares en los esquemas cognitivos, la organización, la procrastinación, la regulación emocional y la autoestima) mientras que síntomas como la atención y la inestabilidad emocional obtienen resultados más significativos con la medicación.

3.4.3 TCC aplicada como único tratamiento

Este punto está compuesto por 6 artículos que tratan la TCC como único tratamiento o como nuevo tratamiento cuando los pacientes están medicados pero los síntomas persisten (Sciberras et al., 2015; Vidal et al., 2015; Wang et al., 2015; Huang et al., 2017; Anastropoulus et al., 2018; Solanto et al., 2018).

Los pacientes que conformaban los estudios contaban con una medicación estable como criterio de inclusión de la prueba, sin embargo, en dos estudios se recalca que, a pesar de la medicación, la sintomatología del TDAH era persistente en el tiempo (Sciberras et al., 2015; Vidal et al., 2015). La medicación usada fue metilfenidato (Sciberras et al., 2015; Solanto et al., 2018) o metilfenidato y atomoxetina (Vidal et al., 2015; Huang et al., 2017).

Los estudios concluyeron que la TCC generaba una reducción significativa de los síntomas centrales del TDAH y de la gravedad de estos desde un inicio del tratamiento, mientras que la ansiedad, el funcionamiento ejecutivo, la sintomatología depresiva y el manejo de la ira mejoraron de forma gradual en el tiempo, aunque los resultados no fueron significativos para todos los estudios (Vidal et al., 2015; Huang et al., 2017).

Uno de los estudios se centró en el manejo de la ansiedad en niños con TDAH a través del programa TCC Cool Kids, programa diseñado para el tratamiento de la ansiedad pediátrica (Sciberas et al., 2015). A pesar de que en otros estudios no se obtuvieron resultados significativos en el manejo de la ansiedad, este estudio encontró que la TCC se asocia con un mejor bienestar de los niños, incluida la ansiedad, la calidad de vida, una mejora mental de los padres, una disminución en la gravedad y comportamiento de los síntomas del TDAH.

Un dato a resaltar es cómo puede afectar la TCC a personas mayores partiendo de la premisa de que mostrarán una menor respuesta dadas sus mayores demandas cognitivas. Esta cuestión fue planteada en uno de los estudios y su hipótesis inicial fue contrariada, los adultos mayores respondieron igual de bien que el grupo de adultos jóvenes y obtuvieron mejores resultados en depresión autoinformada y en calificación del comportamiento ejecutivo (Solanto et al., 2018).

Además, se estudió el efecto de la TCC en las redes neuronales, tras las pruebas se observó una mejora en el SPG derecho, en las funciones ejecutivas de los pacientes y un aumento de la conectividad funcional en la red de atención dorsal (Wang et al., 2015).

4. DISCUSIÓN

Actualmente, la medicación es el tratamiento principal y más respaldado empíricamente para personas con TDAH. A pesar de ello, no todos los pacientes quieren ser medicados y no todos responden correctamente a la medicación, por lo que muchas personas continúan sufriendo importantes deficiencias, especialmente en el trabajo y en los dominios interpersonales (Safren et al., 2010). Por ello, es importante complementar la medicación con una terapia psicosocial. Esta revisión sistemática sobre la eficacia de la TCC en el

tratamiento de personas con TDAH, ha analizado 13 estudios encontrando múltiples resultados.

La TCC se llevó a cabo con el objetivo de tratar los tres dominios centrales del TDAH; falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Además de medir otros factores como la autoestima, la depresión, el funcionamiento ejecutivo, funcionamiento psicológico, funcionamiento emocional, manejo de la ira, etc., también se ha centrado en estudiar la gestión organizativa, el ajuste cognitivo y el uso de ejercicios continuos y repetitivos para ayudar a los pacientes a establecer secuencias conductuales positivas, que al mismo tiempo ayuden a mejorar los síntomas principales.

La revisión consta de 13 estudios y siete de ellos aplican ambos tratamientos psicológicos (TCC) y farmacológico a pacientes con TDAH, planteando diversas hipótesis con el objetivo de ver los resultados de esta terapia en comparación con otras como son el TCE (Sciberras et al., 2015; Vidal et al., 2015; Cobisiero et al., 2018), la TAU (Young et al., 2015; Dittner et al., 2017), las sesiones de refuerzo (Huang et al., 2017) y las Rfcs (Wang et al., 2015).

En los siete estudios todos los integrantes de los grupos habían sido diagnosticados de TDAH y tenían una medicación estable por lo que cualquier cambio en los resultados de las pruebas solo podía ser debido a la TCC.

La combinación de ambos tratamientos (TCC + FARM) obtuvo mejoras en la sintomatología del TDAH y en áreas funcionales como la organización, planificación y realización de tareas, síntomas de depresión y ansiedad, expresión de la ira y psicopatología global. En dichos estudios, la TCC + FARM obtuvo mejoras desde el inicio del tratamiento y estos se mantuvieron en el tiempo (Cherkosova et al., 2016; Dittner et al., 2017; Pan et al., 2019).

De los siete estudios incluidos en esta revisión solo uno no obtuvo mejoras del TCC + FARM frente al tratamiento farmacológico solo, en calificación de los síntomas del TDAH y en el deterioro en la vida diaria. Sin embargo, pese a sus resultados, se concluyó que la TCC puede ser eficaz para comportamiento organizacional y social, tratar problemas particulares en los esquemas cognitivos, la organización, la procrastinación, la regulación emocional y la autoestima (Cobisiero et al., 2018).

En uno de los siete estudios, la TCC no tuvo una mejora en el dominio físico por encima del grupo de tratamiento combinado (Pan et al., 2019). Estos resultados pueden deberse a la disminución de la satisfacción causada por el medicamento que genera un aumento de la frecuencia cardiaca y la presión arterial y la reducción del apetito y el sueño teniendo un impacto directo en la calidad de vida del paciente.

Los seis artículos restantes aplican la TCC como único tratamiento (Wang et al., 2015; Huang et al., 2017; Solanto et al., 2018; Anastropoulus et al., 2018) y en aquellos en los que los pacientes habían sido medicados pero los síntomas del TDAH eran persistentes (Sciberras et al., 2015; Vidal et al., 2015).

De los seis estudios, uno contaba con participantes cuyos síntomas eran persistentes a pesar de estar medicados (Vidal et al., 2015), otro estaba formado por niños con medicación estable para la ansiedad durante un periodo de seis meses pero seguían con síntomas (Sciberras et al., 2015), en tres de ellos un porcentaje de sus participantes estaban siendo tratados con medicación de forma estable (Huang et al., 2017; Solanto et al., 2018; Anastropoulus et al., 2018) y, solo en uno, los participantes nunca habían sido medicados, ni antes ni durante la terapia (Wang et al., 2015).

En dichos estudios la TCC redujo la sintomatología propia del TDAH, la ansiedad, sintomatología depresiva y el manejo de la ira (Sciberras et al., 2015; Vidal et al., 2015; Huang et al., 2017; Solanto et al., 2018; Anastropoulus et al., 2018). Además, mejoró la función ejecutiva de los participantes (Wang et al., 2015) y ayudó a niños con TDAH a controlar la ansiedad (Sciberras et al., 2015).

En uno de los estudios mencionados, se planteó la hipótesis de que los adultos mayores, entre 50 y 65 años, responderían peor a la TCC que los adultos jóvenes. Los resultados descartaron la hipótesis, pues el grupo de adultos mayores obtuvo mejores resultados en depresión autoinformada y en calificación del comportamiento ejecutivo (Solanto et al., 2018). Esto puede admitir varias explicaciones. Por ejemplo, que los adultos mayores fueran más vulnerables al efecto placebo, afectando a las autoevaluaciones de los participantes. Sin embargo, es menos probable que haya afectado a los informes de los observadores.

Es indiscutible la eficacia de la psicofarmacología según los estudios, pero también se muestra rechazo o baja eficacia en algunos casos. Las guías internacionales recomiendan un enfoque multimodal para el tratamiento del TDAH. La Terapia Cognitivo Conductual puede ser un complemento de los tratamientos psicofarmacológicos tanto en niños como en adultos, tal y como sugieren los resultados de los estudios analizados en la presente revisión.

5. CONCLUSIÓN

El objetivo de esta revisión sistemática fue comprobar la eficacia de la TCC en el tratamiento de personas con TDAH. Para ello, se analizaron en profundidad 13 estudios que aplicaban dicha terapia.

El TDAH es una afección crónica que afecta a millones de niños y continúa en la edad adulta, que tiene como síntomas centrales la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad. Estos se traducen en desorganización y problemas para establecer prioridades, falta de habilidades para administrar el tiempo, problemas de concentración, actividad excesiva e inquietud, baja tolerancia a la frustración, problemas para realizar múltiples actividades al mismo tiempo, rigidez cognitiva, etc. Además de otros síntomas, como son la ansiedad, la depresión o la baja autoestima.

La medicación usada en los estudios es variada, atomoxetina (Young et al., 2015; Mei-Rong et al., 2021), Corcerta y Strattera (Mei-Rong et al., 2021) y el principal medicamento y más usado, el metilfenidato (Young et al., 2015, Corbisiero et al., 2018; Solanto et al., 2018; Mei-Rong et al., 2021).

Existen dos tipos de medicamentos para el tratamiento del TDAH: (i) los fármacos estimulantes, los más conocidos y más utilizados que actúan de forma rápida reduciendo los síntomas, entre los que encontramos el metilfenidato, y (ii) los fármacos no estimulantes que tardan más tiempo en hacer efecto.

Es evidente la eficacia de la farmacología en el tratamiento del TDAH, provocando una rápida disminución de los síntomas centrales. Sin embargo, pese a la mejora en el funcionamiento diario, muchas personas siguen teniendo deficiencias en áreas como el trabajo y los dominios interpersonales, destacando la necesidad de otro tratamiento adicional.

Las intervenciones conductuales cognitivas parecen ser las más adecuadas para abordar las deficiencias relacionadas con el TDAH. El entrenamiento en habilidades conductuales ayuda al funcionamiento diario mediante el desarrollo de estrategias compensatorias afectivas, como son la organización, planificación o estrategias de gestión de tiempo, mientras que los enfoques cognitivos aumentan la conciencia de patrones de mala adaptación y ayudan a detectar y cambiar pensamientos, cogniciones y emociones negativas disfuncionales. Los resultados de los estudios ratifican la eficacia de la TCC y sus beneficios a corto y largo plazo, ya sea cuando se aplica junto a la farmacología o cuando se da como único tratamiento.

Los estudios muestran que la TCC, en relación a otras terapias o al grupo control, obtiene mejoras tanto en la sintomatología como en las medidas funcionales, como son la autoestima, la ansiedad, la depresión, funciones ejecutivas, expresión de la ira y psicopatología global.

Los factores que influyen en el TDAH incluyen la genética, como por ejemplo que lo padezca uno de los padres o hermanos, problemas en el sistema nervioso central durante el desarrollo, etc. Pero también tienen gran influencia los factores ambientales, como factores maternos durante el embarazo, crecer en un ambiente hostil, etc. La TCC es tan importante para el paciente como para sus familiares, ayudándoles a establecer un ambiente adecuado para su desarrollo, proporcionándoles información sobre el problema y educando para conseguir una mejor calidad de vida.

En conclusión, es innegable la eficacia de la medicación y debe ser considerado como tratamiento principal para el TDAH, sin embargo, debido a sus limitaciones, se hace necesario el tratamiento psicológico como se ha podido ver en los resultados de la TCC en los estudios de la presente revisión.

6. REFERENCIAS

Anastopoulos, Arthur D.; King, Kristen A.; Besecker, Laura H.; O'Rourke, Sarah R.; Bray, Allison C.; Supple, Andrew J. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy for College Students With ADHD: Temporal Stability of Improvements in Functioning Following Active Treatment*. *Journal of Attention Disorders*, 108705471774993–. doi:10.1177/1087054717749932

Castells, X., Ramos-Quiroga, JA Rigau, D., Bosch, R., Nogueira, M., Vidal, X., & Casas, M. (2011). Eficacia del metilfenidato para adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Un análisis de metarregresión. *Fármacos del SNC*, 25, 157-169. doi:10.2165/11539440-000000000-00000

Cherkasova, M. V.; French, L. R.; Syer, C. A.; Cousins, L.; Galina, H.; Ahmadi-Kashani, Y.; Hechtman, L. (2016). *Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy With and Without Medication for Adults With ADHD: A Randomized Clinical Trial*. *Journal of Attention Disorders*, 1087054716671197–. doi:10.1177/1087054716671197

Corbisiero, Salvatore; Bitto, Hannes; Newark, Patricia; Abt-Mörstedt, Beatrice; Elsässer, Marina; Buchli-Kammermann, Jacqueline; Künne, Sven; Nyberg, Elisabeth; Hofecker-Fallahpour, Maria; Stieglitz, Rolf-Dieter (2018). *A Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Pharmacotherapy vs. Pharmacotherapy Alone in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)—A Randomized Controlled Trial*. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 571–. doi:10.3389/fpsy.2018.00571

De Crescenzo, F., Cortese, S., Adamo, N., & Janiri, L. (2017). Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: a metareview. *Evidence-Based Mental Health*, 20(1), 4-11.

Dittner, A. J.; Hodsoll, J.; Rimes, K. A.; Russell, A. J.; Chalder, T. (2017). *Cognitive-behavioural therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder: a proof of concept randomised controlled trial*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*–. doi:10.1111/acps.12836

Esperon, S. C., & Suarez, A. D. (2007). *Manual De Diagnostico Y Tratamiento De Tdah/ ADHD Diagnosis and Treatment Guide*. Medica Panamencana.

Esperón, C. S., & Gómez, M. Á. (2014). Tratamiento farmacológico del TDAH basado en la evidencia. *Pediatría Integral*, XVIII, 9, 634-642.

García, J. M. S., & Durán, J. M. M. (2005). Medicamentos estimulantes en el tratamiento del TDAH. *Plasticidad y restauración neurológica*, 4(1-2), 75-80.

Golan, D. E., Armstrong, E. J., & Armstrong, A. W. (Eds.). (2017). *Principios de farmacología: bases fisiopatológicas del tratamiento farmacológico*. Wolters Kluwer.

Huang, Fang; Tang, Yi-lang; Zhao, Mengjie; Wang, Yanfei; Pan, Meirong; Wang, Yufeng; Qian, Qiujin (2017). *Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD: A Randomized Clinical Trial in China*. *Journal of Attention Disorders*, 108705471772587–. doi:10.1177/1087054717725874

Korzeniowski, C., & Ison, M. S. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(1), 65-71.

Martínez, N., Albaladejo Gutiérrez, E., Espín Jaime, JC, Güerre Lobera, MJ, Sánchez García, J., & Jiménez, JL (2015). Etiología y patogenia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Rvdo. especialmente pediatria (Ed. Impr.)*, 62-68.

Mei-Rong Pan;Shi-Yu Zhang;Sun-Wei Qiu;Lu Liu;Hai-Mei Li;Meng-Jie Zhao;Min Dong;Fei-Fei Si;Yu-Feng Wang;Qiu-Jin Qian; (2021). *Efficacy of cognitive behavioural therapy in medicated adults with attention-deficit/hyperactivity disorder in multiple dimensions: a randomised controlled trial*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. doi:10.1007/s00406-021-01236-0

Pan, Mei-Rong; Huang, Fang; Zhao, Meng-Jie; Wang, Yan-Fei; Wang, Yu-Feng; Qian, Qiu-Jin (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. doi:10.1016/j.psychres.2019.06.040

Rusca, F. y Cortez, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuropsiquiatría*, 83(3), 148-156. Doi: 10.20453/rnp.v83i3.3794

Safren, SA., Sprich, SE., Cooper-Vince, C., Knouse, LE & Lerner., JA (2010). Deterioro de la vida en adultos con TDAH tratado con medicamentos. *Revista de trastornos de la atención*, 13, 524-531.

Sciberras, E.; Mulraney, M.; Anderson, V.; Rapee, R. M.; Nicholson, J. M.; Efron, D.; Lee, K.; Markopoulos, Z.; Hiscock, H. (2015). *Managing Anxiety in Children With ADHD Using Cognitive-Behavioral Therapy: A Pilot Randomized Controlled Trial*. *Journal of Attention Disorders*, 1087054715584054–. doi:10.1177/1087054715584054

Solanto, Mary V.; Surman, Craig B.; Alvir, Jose Ma. J. (2018). *The efficacy of cognitive-behavioral therapy for older adults with ADHD: a randomized controlled trial. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* –. doi:10.1007/s12402-018-0253-1

Sprich, S. E., Safren, S. A., Finkelstein, D., Remmert, J. E., & Hammerness, P. (2016). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for ADHD in medication-treated adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 57(11), 1218–1226.

Vidal, Raquel; Castells, Jordi; Richarte, Vanesa; Palomar, Gloria; García, Marta; Nicolau, Rosa; Lazaro, Luisa; Casas, Miguel; Ramos-Quiroga, Josep Antoni (2015). *Group Therapy for Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Controlled Trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(4), 275–282. doi:10.1016/j.jaac.2014.12.016

Wang, Xiaoli; Cao, Qingjiu; Wang, Jinhui; Wu, Zhaomin; Wang, Peng; Sun, Li; Cai, Taisheng; Wang, Yufeng (2015). *The effects of cognitive-behavioral therapy on intrinsic functional brain networks in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Behaviour Research and Therapy*, S0005796715300528–. doi:10.1016/j.brat.2015.11.003

Young, S.; Khondoker, M.; Emilsson, B.; Sigurdsson, J. F.; Philipp-Wiegmann, F.; Baldursson, G.; Olafsdottir, H.; 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. doi:10.1017/S0033291715000756

Zapico Y., Pelayo, J.M. (2012). TDAH: Una Visión Multidisciplinar. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. Vol. 11 (2), 7-97. Recuperado de http://www.aen.es/images/cuaderno_psiquiatria_comunitaria_2_2012.pdf