

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS CON TDAH

Tesis Doctoral presentada por

RAQUEL VIDAL ESTRADA

Para obtener el grado de Doctor en Psiquiatría y Psicología Clínica

Director:

Dr. Josep Antoni Ramos-Quiroga (Universitat Autònoma Barcelona)

**Programa de Doctorado en Psiquiatría y Psicología Clínica,
Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, UAB.**

Barcelona, 2015

ÍNDICE

PRÓLOGO	3
ABREVIATURAS	10
ENFOQUE GENERAL DE LA TESIS	12
1. INTRODUCCIÓN	15
1.1. Tratamiento psicológico del TDAH en adultos	18
1.1.1. Terapia cognitivo-conductual individual.....	20
1.1.2. Terapia cognitivo-conductual grupal.....	27
1.1.3. Terapia dialéctico-conductual grupal.....	36
1.1.4. Comparación de estudios de adultos	40
1.2. Tratamiento psicológico del TDAH en adolescentes	46
1.2.1. Intervenciones dirigidas al adolescente	49
1.2.2. Intervenciones dirigidas a padres.....	53
1.2.3. Intervenciones escolares.....	56
1.2.4. Comparación de estudios de adolescentes.....	61
2. HIPÓTESIS	67
3. OBJETIVOS	68
4. RESULTADOS	68

4.1. Estudio 1. Vidal R, Bosch R, Nogueira M, Gómez-Barros N, Valero S, Palomar G, Corrales M, Richarte V, Mena B, Casas M, Ramos-Quiroga, JA. Psychoeducation for Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder vs. Cognitive Behavioral Group Therapy: A Randomized Controlled Pilot Study. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013; 201(10):894-900

4.2. Estudio 2. Vidal R, Castells J, Richarte V, Palomar G, Garcia M, Nicolau R, Lazaro L, Casas M, Ramos-Quiroga JA. Group therapy for adolescents with ADHD: A randomized controlled trial. *JAACAP*. 2015 (en prensa).

5. DISCUSIÓN	71
6. CONCLUSIONES	76
7. BIBLIOGRAFIA	77
8. ANEXOS.....	92

Artículo Anexo : Vidal R, Bosch R, Nogueira M, Casas M, Ramos-Quiroga JA. Psychological treatment of ADHD in adults: a systematic review. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012 May; 40(3):147-54.....

PRÓLOGO

El presente trabajo de tesis se presenta para obtener el grado de Doctor en Psiquiatría y Psicología Clínica por la Universitat Autònoma de Barcelona. Es el resultado del trabajo realizado entre los años 2011 y 2015 en el Hospital Universitari Vall d'Hebron. Primero como residente de Psicología Clínica (PIR), posteriormente con un contrato Rio Hortega del Instituto Carlos III en el marco de la Unidad de TDAH y en los últimos meses, como adjunta del Servicio de Psiquiatría.

Este trabajo de tesis se presenta por compendio de publicaciones y está formada por dos artículos publicados en revistas internacionales indexadas y con factor de impacto. En el Anexo, se adjunta el tercer artículo realizado previamente y que fue necesario para el desarrollo de la tesis. Además de las publicaciones, los resultados del trabajo se han expuesto en diferentes congresos nacionales e internacionales.

Publicaciones:

1. **Vidal R**, Bosch R, Nogueira M, Gómez-Barros N, Valero S, Palomar G, Corrales M, Richarte V, Mena B, Casas M, Ramos-Quiroga, JA. Psychoeducation for Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder vs. Cognitive Behavioral Group Therapy: A Randomized Controlled Pilot Study. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013; 201(10):894-900
2. **Vidal R**, Castells J, Richarte V, Palomar G, Garcia M, Nicolau R, Lazaro L, Casas M, Ramos-Quiroga JA. Group therapy for adolescents with ADHD: A randomized controlled trial. *JAACAP*. 2015 (en prensa).

Prólogo

Artículo Anexo:

1. **Vidal R**, Bosch R, Nogueira M, Casas M, Ramos-Quiroga JA. Psychological treatment of ADHD in adults: a systematic review. Actas Esp Psiquiatr. 2012 May; 40(3):147-54.

Presentaciones Orales:

1. **Vidal R**. Tratamiento psicológico para adultos con TDAH: seguimiento a los 12 meses. 5º Congreso Nacional de TDAH. Barcelona 2014.
2. **Vidal R**. Terapia cognitivo-conductual grupal para adolescentes y jóvenes con TDAH y consumo de cannabis: estudio piloto”. 5º Congreso Nacional de TDAH. Barcelona 2014.
3. **Vidal R**. Terapia cognitivo-conductual grupal para adolescentes y jóvenes con TDAH. 59º Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). Santander 2014.
4. **Vidal R**. Terapia de grupo en adolescentes con TDAH. 59º Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). Taller. Santander 2014.
5. **Vidal R**. Intervención psicológica en Patología Dual: el papel del psicólogo/a. Foro de debate. XVI Jornadas Nacionales de Patología Dual. Valencia 2014.

Prólogo

6. **Vidal R.** Abordaje psicoeducativo y cognitivo-conductual en adultos con TDAH. XXIX Reunió Anual Societat de Recerca i Teràpia del Comportament (SCRITC). Barcelona 2014.
7. **Vidal R.** ADHD and cannabis use disorders in adolescents: cognitive-behavioural group therapy. Symposium. III International Congress Dual Disorders. Barcelona 2013.
8. **Vidal R.** Tratamiento psicológico TDAH en adolescentes con o sin trastorno negativista desafiante. 58º Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescentes (AEPNYA). Mesa redonda. Granada 2013.
9. **Vidal R** et al. Terapia cognitivo-conductual vs psicoeducación en adultos con TDAH. *XXVII Jornada de Teràpia del Comportament i Medicina Conductual*. Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament (SCRITC). Barcelona 2012.
10. **Vidal R.** et al. Tratamiento psicológico del TDAH en adultos. *XXVI Jornada de Teràpia del Comportament i Medicina Conductual*. Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament (SCRITC). Barcelona 2011.

Presentación de pósters:

1. **Vidal R** et al. ADHD and the self-medication model. III International Congress Dual Disorders. Barcelona 2013.

Prólogo

2. **Vidal R** et al. Psychoeducation for adults with ADHD: a randomized controlled pilot study. *ADHD Worldwide – 1st Joint Meeting*. Israel 2013.
3. **Vidal R** et al. Análisis de las dimensiones de impulsividad en pacientes con TDAH y dependencia de sustancias. II International Congress Dual Disorders. Barcelona 2011.

Capítulos de libro:

1. Ramos-Quiroga JA, **Vidal R**, Chalita JP, Gomez N, Richarte V, Mozo X, Real A, Casas M (2012). "Tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adultos". En Soutullo Esperón, C (coordinador). Guía básica de Psicofarmacología del TDAH. Madrid: Springer SMB Spain.
2. Ramos-Quiroga JA, **Vidal R**. *El futuro del TDAH*. En: M.Martinez Martin y colaboradores. (2013). Todo sobre el TDAH. Ediciones Altaria (p355-369).
3. **Vidal R**. (2014). Psychological treatment of ADHD and SUD in adolescents. En: Casas M, Ramos-Quiroga JA, Van den Bring W (editors). ADHD and Substance Use Disorders- From Neuroscience to Clinical Practice. Springer. (en prensa)

Prólogo

Libros:

1. **Vidal R**, Casas M, Ramos-Quiroga JA. (2014). Manual de tratamiento cognitivo-conductual para adolescentes con TDAH y consumo de cannabis. Editorial Selene: Madrid.
2. Aragonés E, Casas M, Ramos-Quiroga J, Quintero J, Szerman N, **Vidal R**. Pautas de Actuación y Seguimiento (PAS) en TDAH en adultos”. Editorial IMC. (en prensa).

Otros artículos publicados durante la tesis doctoral:

1. Ramos-Quiroga, J. A., Chalita, P., **Vidal, R.**, Bosch, R., Palomar, G., Prats, L., & Casas, M. (2012). Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Revista de Neurologia*, 54 Suppl 1, S105–15.
2. Ramos-Quiroga, J. A., Bosch, R., Richarte, V., Valero, S., Gómez-Barros, N., Nogueira, Palomar, G., Corrales, M., Sáez, N., Corominas M., Real, A., **Vidal, R.**, Casas, M. (2012). Criterion and concurrent validity of Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID) Spanish version. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(4), 229–35.
3. Ramos-Quiroga, J.A., **Vidal, R.**, & Casas, M. (2013). Toward a better understanding of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan.

Prólogo

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52(2), 119–20.

4. Ramos-Quiroga, J.A., Picado, M., Mallorquí-Bagué, N., Vilarroya, O., Palomar, G., Richarte, **Vidal, R.**, Casas, M. (2013). The neuroanatomy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: structural and functional neuroimaging findings. *Revista de Neurologia*, 56 Suppl 1, S93–106.
5. Ramos-Quiroga, J.A., **Vidal, R.**, Prats, L., Casas, M. (2013). Personality disorders in adult ADHD. *Minerva Psichiatrica*; 54 (4): 317-328.
6. Ramos-Quiroga, J.A., Sánchez-Mora, C., Casas, M., Garcia-Martínez, I., Bosch, R., Nogueira, M., Corrales, M., Palomar, G., **Vidal, R.**, Ribasés, M. (2014). Genome-wide copy number variation analysis in adult attention-deficit and hyperactivity disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 49, 60–7.
7. Nogueira, M., Bosch, R., Valero, S., Gómez-Barros, N., Palomar, G., Richarte, Corrales, M., Nasillo, V., **Vidal R.**, Ramos-Quiroga, J. A. (2014). Early-age clinical and developmental features associated to Substance Use Disorders in ADHD in Adults. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 639–49.
8. **Vidal, R.**, Barrau, V., Casas, M., Caballero-Correa, M., Martínez-Jiménez, P., & Ramos-Quiroga, J.A. (2014). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in outpatient adolescents and young adults with other psychiatric disorders refractory to previous treatments. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 7(3), 104–112.

Prólogo

9. Rotger, S., Richarte, V., Nogueira, M., Corrales, M., Bosch, R., **Vidal, R.**, et al. (2014). Functioning Assessment Short Test (FAST): validity and reliability in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.
10. **Vidal, R.**, et al. (2014). Emotional lability: The discriminative value in the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder in adults. *Comprehensive Psychiatry*, 55 (7): 1712-9.
11. Sánchez-Mora C, Ramos-Quiroga J.A, Bosch R, Corrales M, Garcia-Martínez I, Nogueira M, Payerols M, Palomar G, Richarte V, **Vidal R**, et al. (2014). Case-Control Genome-Wide Association Study of Persistent Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Identifies FBXO33 as a Novel Susceptibility Gene for the Disorder. *Neuropsychopharmacology*. (en prensa).
12. Valls-Llagostera C, **Vidal R**, Abad A, Corrales M, Richarte V, Casas M, Ramos-Quiroga J.A. (2014). Intervención cognitivo-conductual en adolescentes con TDAH. *Revista de Neurología* (en prensa)

Abreviaturas

ABREVIATURAS

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADHD-RS	Attention Deficit Hyperactivity Disorder-Rating Scale
ADHD-RS I	ADHD-RS del Investigador
BADDS	Barkley Attention Deficit Disorder Scale
BAI	Beck Anxiety Inventory
BAS	Burden Assessment Scale
BASC-2	Behavior Assessment System for Children–2
BCS	Barkley ADHD Current Symptoms Scale
BDI	Beck Depression Inventory
BHS	Beck Hopelessness Scale
CAARS	Conners Adult ADHD Rating Scale
CBCL	Child Behavior Checklist
CBQ	Conflict Behavior Questionnaire
CGI-C	Clinical Global Impression Scale -Clinician version
CGI-I	Clinical Global Impression Scale-Improvement
CGI-S	Clinical Global Impression Scale Self-report version
CHP	Challenging Horizons Program
CIS	Children’s Impairment Scale
CPS	Classroom Performance Survey
CSS	Current Symptoms Scale
DBD	Disruptive Behavior Disorders Questionnaire
DT	Desviación Típica
ECP	Entrenamiento de Conducta para Padres
EC	Entrenamiento Cognitivo
EEAG	Escala Evaluación de la Actividad Global
HAM-A	Hamilton Anxiety Scale

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS CON TDAH

Abreviaturas

HAM-D	Hamilton Depression Scale
IC	Issues Checklist
IRS	Impairment Rating Scale
K-SADS	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
ODD	Oppositional Defiant Disorder
ODD-RS	Oppositional Defiant Disorder- Rating Scale
ON TOP	On Time Management, Organization and Planning Scale
QLESQ	Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire
QFAM	Questions About Family Members
RATE-S	R&R2 ADHD Training Evaluation Self-report Scale
RC	Rehabilitación Cognitiva
RP	Resolución de Problemas
RPC	Resolución de Problemas y Comunicación
R&R2 ADHD	<i>Reasoning and Rehabilitation for ADHD Youths and Adults</i>
RSE	Rosenberg's Self-Esteem Scale
SCL-90	Symptom Checklist 90
STP	Summer Treatment Program
STP-A	Summer Treatment Program- Adolescents
TCC	Terapia Cognitivo-Conductual
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TDC	Terapia Dialéctico-Conductual
TE	Tamaño del efecto
TFE	Terapia Familiar Estructural
TLP	Trastorno Límite de Personalidad
TMC	Terapia Metacognitiva
TND	Trastorno Negativista-Desafiante
VAS	Visual Analogue Scale

Enfoque general de la tesis

ENFOQUE GENERAL DE LA TESIS

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno con elevada evidencia empírica en la actualidad. Existe un gran número de ensayos clínicos que muestran como el tratamiento farmacológico es eficaz en la disminución de los síntomas de TDAH tanto en adultos como en adolescentes (Faraone & Glatt, 2010; Faraone & Buitelaar, 2010). Sin embargo, aunque las guías clínicas recomiendan abordajes que integren tratamiento psicológico en adultos e intervenciones psicológicas como tratamiento de primera elección en adolescentes con TDAH (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008), existen escasos estudios de tratamiento psicológico en adolescentes (Sibley, Kuriyan, Evans, Waxmosky & Smith, 2014) y desconocimiento en relación a qué aspectos hacen que la intervención psicológica en adultos sea efectiva (Knouse & Safren, 2010).

Antes del 2005, solo se habían publicado estudios no controlados de tratamiento psicológico en adultos con TDAH. Es a partir del 2010, cuando se han publicado 6 estudios controlados de terapia cognitivo-conductual (TCC) en adultos. Durante años, se consideró que el tratamiento psicológico podía ser eficaz para los síntomas comórbidos pero que no reducía los síntomas nucleares del TDAH, extrapolando los resultados obtenidos en población infantil (MTA Cooperative Group, 1999). En adolescentes, la evidencia empírica es aun más escasa. Es a partir del 2012, que se ha publicado el primer estudio no controlado sobre TCC individual (Antshel, Faraone, & Gordon, 2012).

Ante esta necesidad de mayor evidencia en el área del tratamiento psicológico del TDAH, el objetivo general de la tesis ha sido profundizar en el conocimiento y evaluar la eficacia de la TCC en adultos y adolescentes con TDAH. Revisiones

Enfoque general de la tesis

previas apuntan a la importancia de adaptar las intervenciones psicológicas a la etapa del desarrollo del paciente (Young & Amarasinghe, 2010). Para ello, en la presente tesis, se han diseñado y evaluado dos programas de tratamiento específicos, el primero para adultos y el segundo para adolescentes, que conforman los dos trabajos clínicos de la tesis y que tienen la TCC como denominador común.

El objetivo del primer estudio, fue comparar la eficacia de la TCC (basada en la práctica de estrategias compensatorias de los síntomas de TDAH) y la psicoeducación (que se centra en la comprensión del trastorno). La psicoeducación es una intervención que tiene como objetivo mejorar el conocimiento de los síntomas propios del trastorno. Esta intervención puede ofrecer una explicación a dificultades pasadas, disminuir sentimientos de culpa y mejorar el funcionamiento global del paciente (Bramham et al., 2009). No obstante, no hay evidencia empírica previa respecto a este tipo de abordaje en adultos con TDAH. El estudio 1 es el primer estudio que investiga un programa psicoeducativo en comparación con un grupo de TCC en adultos con TDAH.

Por otro lado, la mayoría de los programas evaluados en población adolescente con TDAH, son tratamientos dirigidos a padres (Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001; R A Barkley, Guevremont, Anastopoulos, & Fletcher, 1992; McCleary & Ridley, 1999; Svanborg et al., 2009) o intervenciones escolares (Evans, Axelrod, & Langberg, 2004; Evans, Schultz, Demars, & Davis, 2011; Molina et al., 2008; Sibley et al., 2011; Sibley et al.2013; Sibley et al.2014). Hasta el momento, no hay evidencia empírica favorable sobre la eficacia de la terapia de grupo en estas edades (Morris 1993). Además, gran parte de los estudios de adultos no incluyen adultos jóvenes (18-21 años) siendo en estas edades cuando se observa más discontinuación y dificultades de adherencia al tratamiento

Enfoque general de la tesis

(McCarthy et al. 2009). De esta forma, el objetivo del segundo estudio fue evaluar la eficacia de la TCC grupal en adolescentes y jóvenes con TDAH. El trabajo 2 es el primer estudio controlado publicado sobre TCC grupal en adolescentes y jóvenes con TDAH.

1. Introducción

1. INTRODUCCIÓN

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por la presencia de déficit de atención, síntomas de hiperactividad e impulsividad (APA, 2013). La prevalencia estimada del TDAH en niños es del 5%–10% (Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003) y en adultos es del 3,4%- 4.4% (Fayyad et al., 2007; Kessler et al., 2006). El TDAH aparece en la edad infantil; no obstante, persiste en la adolescencia y en la edad adulta en la mayoría de los casos, causando repercusión funcional en distintas áreas (Biederman et al., 1993).

Estudios longitudinales señalan que un 50-65% de niños con TDAH continúan presentando el trastorno en la adolescencia (Langley et al., 2010; Lara et al., 2009), mostrando bajo rendimiento académico, dificultades interpersonales y conductas de riesgo como conducta sexual, conducción de riesgo y consumo de sustancias (Bagwell, Molina, Pelham, & Hoza, 2001; Russell A Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2006; Lee, Humphreys, Flory, Liu, & Glass, 2011; Norwalk, Norvilitis, & MacLean, 2009; Thompson, Molina, Pelham, & Gnagy, 2007; Topolski et al., 2004).

Alrededor del 75% de niños y adolescentes con TDAH siguen cumpliendo algún criterio de persistencia de TDAH en la edad adulta: entre un 33-35% continúan cumpliendo criterios de TDAH, un 22-29% siguen presentando síntomas persistentes, un 10-15% presentan repercusión funcional significativa de los síntomas aunque no cumplan criterios de TDAH o bien presentan un TDAH en remisión pero continúan estando en tratamiento (4-6%) (J Biederman, Petty, O'Connor, Hyder, & Faraone, 2012; Joseph Biederman, Petty, Clarke, Lomedico, & Faraone, 2011; Joseph Biederman, Petty, Evans, Small, & Faraone, 2010; Joseph Biederman, Petty, Monuteaux, et al., 2010). La persistencia de este trastorno se ha

1. Introducción

asociado a la presencia de TDAH o otros trastornos psiquiátricos en la familia, presencia de disfunción familiar y comorbilidad con trastornos de conducta, ansiedad y/o depresión en la infancia (Biederman et al., 1996). Además, los pacientes con TDAH presentan mayor riesgo de trastorno por uso de sustancias y trastornos de personalidad (McGough et al., 2005; Miller, Nigg, & Faraone, 2007).

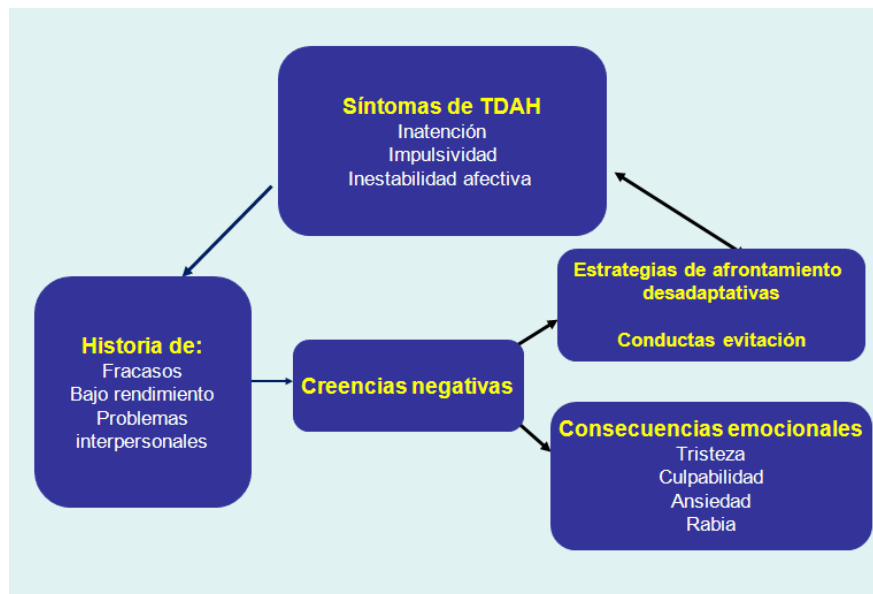
Aunque se trata de un trastorno neurobiológico, existen variables psicológicas que pueden agravar o mantener algunos de los síntomas tanto en adolescentes como en adultos (Knouse & Safren, 2010). Las dificultades propias del trastorno como la impulsividad, hiperactividad y la inatención pueden llevar a una historia de fracasos, bajo rendimiento, problemas interpersonales y recibir *feedback* negativo de forma repetida (Philipsen, 2012). Como consecuencia, los pacientes pueden desarrollar pensamientos desadaptativos que generan sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, rabia, ansiedad y tristeza. Estas consecuencias emocionales junto con los síntomas propios del trastorno pueden impedir que las personas con TDAH aprendan o apliquen habilidades efectivas para afrontar sus dificultades y pueden desarrollar estrategias desadaptativas ante sus síntomas así como conductas de evitación (Young, Chadwick, Heptinstall, Taylor, & Sonuga-Barke, 2005; Young, 2005) (Figura 1).

El tratamiento cognitivo-conductual (TCC) del TDAH tiene como objetivo abordar estas variables psicológicas. Incluye intervenciones conductuales cuyo fin es el aprendizaje de estrategias compensatorias de los síntomas propios del TDAH así como de síntomas asociados (dificultades del manejo de la rabia, baja tolerancia a la frustración, inestabilidad afectiva, etc.), junto a intervenciones cognitivas para tratar pensamientos desadaptativos y emociones que repercuten en el

1. Introducción

funcionamiento del paciente (Mongia & Hechtman, 2012; Newark & Stieglitz, 2010; Ramsay & Rostain, 2005; Ramsay, 2007; Safren et al., 2005) .

Figura 1. Modelo cognitivo del TDAH (Knoose y Safren, 2010)



Revisiones previas de tratamiento psicológico en el TDAH han enfatizado la necesidad de tratamientos psicológicos específicos para adolescentes y adultos (Young & Amarasinghe, 2010). En adultos, la TCC junto a tratamiento farmacológico ha demostrado ser el abordaje con mayor evidencia empírica (Vidal-Estrada, Bosch-Munso, Nogueira-Morais, Casas-Brugue, & Ramos-Quiroga, 2012). En cambio, en adolescentes, las intervenciones mayoritariamente estudiadas son entrenamiento para padres e intervenciones escolares (Antshel & Barkley, 2008).

1. Introducción

1.1. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TDAH EN ADULTOS

El abordaje farmacológico es considerado el tratamiento de primera elección para el TDAH en adultos. No obstante, los abordajes farmacológicos no siempre son suficientes en la reducción de síntomas de TDAH. Un 20-35% de pacientes presentan baja respuesta al tratamiento o dificultades para tolerar la medicación (Childress & Sallee, 2014). En estos casos, la *British Association for Psychopharmacology* (Nutt et al., 2007), la *European Network Adult ADHD* (Kooij et al., 2010) y el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008) recomiendan un tratamiento multimodal que incluya tratamiento psicológico. Se especifica que el tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa de tratamiento comprehensivo que incluya las necesidades psicológicas, conductuales, educacionales y ocupacionales del paciente. La guía NICE recomienda TCC grupal en los siguientes casos:

1. El paciente ha informado de su decisión de no realizar tratamiento farmacológico.
2. El tratamiento farmacológico ha demostrado ineficacia, eficacia parcial o mala respuesta, presentando el paciente síntomas persistentes del trastorno aun tomando medicación.
3. El paciente presenta dificultades en aceptar el diagnóstico de TDAH y baja adherencia al tratamiento farmacológico.
4. Cuando los síntomas de TDAH están remitiendo con la medicación y el tratamiento psicológico se considera suficiente para tratar los síntomas residuales y su repercusión funcional es de leve a moderada.

1. Introducción

La TCC es el abordaje psicológico con más evidencia empírica en el tratamiento del TDAH en adultos (Mongia & Hechtman, 2012; Vidal-Estrada et al., 2012; Weiss et al., 2008); así como la terapia dialéctico-conductual (Hesslinger et al., 2002; Tatja Hirvikoski et al., 2011; Philipsen et al., 2007, 2010; Zylowska et al., 2008) y la terapia metacognitiva (Solanto et al., 2010; Solanto, Marks, Mitchell, Wasserstein, & Kofman, 2008) (Tabla 1). La TCC ha demostrado ser eficaz tanto en formato individual (Rostain & Ramsay, 2006; Safren et al., 2005, 2010) como en formato grupal (Emilsson et al., 2011; Stevenson, Stevenson, & Whitmont, 2003; Stevenson, Whitmont, Bornholt, Livesey, & Stevenson, 2002; Virta et al., 2008). Ha mostrado tamaños del efecto de moderados a grandes en la disminución de síntomas nucleares del TDAH y menores en autoestima, manejo de la rabia y síntomas comórbidos de ansiedad y depresión (Weiss et al., 2008).

Se ha hipotetizado que la eficacia de la TCC se debe al formato práctico y de entrenamiento en habilidades (Knouse & Safren 2011), pero no se dispone de evidencia previa sobre si una intervención psicoeducativa que no incluya práctica de habilidades ni intervenciones cognitivo-conductuales podría ser igualmente eficaz en este tipo de pacientes.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS CON TDAH

1. Introducción

Tabla 1. Estudios de tratamiento psicológico en adultos con TDAH

Tipo de tratamiento (autores, año)	Formato	Diseño*
Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)		
Terapia Cognitiva (Wilens, 1999)	Individual	No controlado
TCC (Rostain y Ramsay, 2006)	Individual	No controlado
TCC (Safren et al. 2005)	Individual	Controlado
TCC (Safren et al. 2010)	Individual	Controlado
TCC (Virta et al. 2010)	Individual	Controlado
TCC (Weiss et al. 2012)	Individual	Controlado
Terapia de grupo (Wiggins 1999)	Grupal	No controlado
TCC (Virta et al. 2008)	Grupal	No controlado
Terapia Metacognitiva (Solanto et al. 2008)	Grupal	No controlado
Rehabilitación Cognitiva (Stevenson et al. 2002)	Grupal	Controlado
Rehabilitación Cognitiva (Stevenson et al. 2003)	Grupal	Controlado
Terapia Metacognitiva (Solanto et al. 2010)	Grupal	Controlado
TCC (Emilsson et al. 2011)	Grupal + Individ.	Controlado
Psicoeducación (Hirvikoski et al. 2014)	Grupal	No controlado
Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)		
TDC (Hesslinger et al. 2002)	Grupal	No controlado
TDC (Phillipsen et al. 2007)	Grupal	No controlado
Mindfulness (Zylowska et al. 2007)	Grupal	No controlado
TDC (Phillipsen et al. 2010)	Grupal	No controlado
TDC (Hirvikoski et al. (2011)	Grupal+ Individual	Controlado

Nota: TC (Terapia Cognitiva), EC (Entrenamiento Cognitivo), TCC (Terapia Cognitivo-Conductual), TMC (Terapia Metacognitiva), TDC (Terapia Dialéctico-Conductual), RC (Rehabilitación Cognitiva). *El término estudio controlado se refiere a la existencia de un grupo control y aleatorización de pacientes (con o sin evaluador ciego al estudio).

1.1.1. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL INDIVIDUAL

Estudios iniciales

El primer estudio sobre tratamiento psicológico del TDAH en adultos data del 1992 (Ratey, Greenberg, Bemporad, & Lindem, 1992). Se trata de una revisión retrospectiva de 60 casos, que habían realizado terapia psicoanalítica basada en

1. Introducción

el manejo de síntomas de culpa y mecanismos de defensa. Después de la intervención, se observó cómo los pacientes empeoraban en autoestima. Teniendo en cuenta estos efectos adversos, los mismos autores diseñaron posteriormente una intervención psicológica más basada en habilidades de afrontamiento (Ratey, J. J., Hallowell, E., & Miller, 1997). Las investigaciones posteriores de tratamiento psicológico en TDAH han seguido este último modelo de intervención y no se han publicado otros estudios de abordajes de orientación psicoanalítica.

El primer estudio de orientación cognitivo-conductual investigó un programa de 36 sesiones individuales para adultos con TDAH (Wilens, Mcdermott, & Spencer, 1999) (N=26). El 58% de los pacientes estaban en tratamiento farmacológico para el TDAH y un 96% presentaban comorbilidad con otro trastorno. Los resultados mostraron una disminución de la sintomatología de TDAH (33% de reducción de síntomas reportada en los resultados de la ADHD-RS) y también disminución de la severidad de síntomas de TDAH y ansiedad comórbida evaluados mediante el CGI. También se obtuvo una disminución de la sintomatología depresiva observada mediante los resultados del BDI y el CGI de depresión. Así como mejoras en el funcionamiento global según la EEAG.

Programa de Rostain y Ramsay

El programa de Rostain y Ramsay (2006) fue evaluado en un estudio no controlado de 43 pacientes. Es una intervención cognitivo-conductual en formato individual que consistió en 16 sesiones que incluían psicoeducación, estrategias de afrontamiento de síntomas de TDAH y abordaje de cogniciones disfuncionales.

1. Introducción

En la evaluación post tratamiento, se obtuvo mejora en todas las subescalas de la BADDs (BADDs total: $d= 0.91$) y en la sintomatología comórbida de ansiedad y depresión, evaluadas mediante autoinforme (BDI: $d= 1.03$; BAI: $d= 0.68$, BHS: $d=0.53$) y evaluación del clínico (HAM-D: $d = 1.16$; HAM-A: $d=1.30$). Así como disminución de la severidad del trastorno (CGI-S: $d= 1.29$, CGI-C: $d=1.08$).

Programa de Safren

El primer estudio de este grupo (Safren et al., 2005) consistió en la comparación de un programa de tratamiento combinado (TCC individual + tratamiento farmacológico) (N=16) y un grupo control en tratamiento farmacológico (N=15). Los criterios de inclusión fueron pacientes que estaban en tratamiento farmacológico estabilizado 2 meses antes del inicio del estudio y que seguían presentando síntomas clínicamente significativos de TDAH.

El programa de tratamiento consistió en 12 sesiones manualizadas (Safren SA, Perlman CA, Sprich S, 2005) en 3 módulos principales: Psicoeducación del TDAH, Estrategias de Organización y Planificación (Módulo 1), Reducción de la Distracción (Módulo 2), Estrategias cognitivas (Módulo 3) y un Módulo Opcional de 3 sesiones (manejo de dilación, manejo de la rabia y frustración y habilidades interpersonales).

Los resultados fueron una mayor disminución de los síntomas de TDAH en el grupo de TCC en comparación con el grupo control; tanto autoreportados (CSS: $d=1.7$) como del evaluador (ADHD-RS: $d= 1.2$) así como disminución de la severidad de los síntomas (CGI: $d=1.4$). En relación a los síntomas comórbidos, en

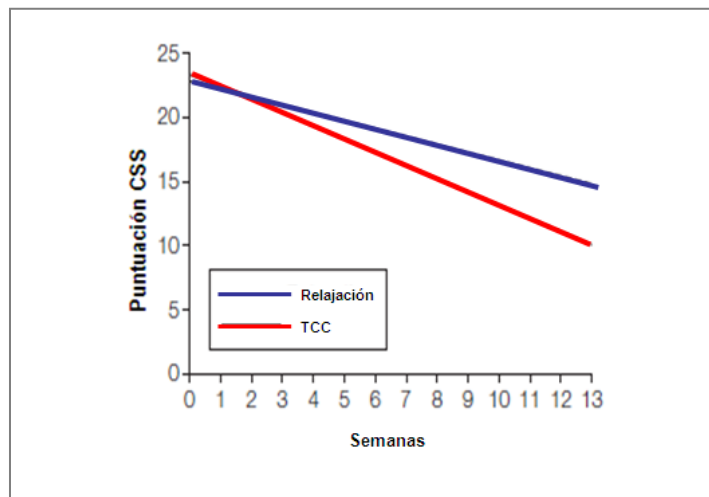
1. Introducción

el grupo de TCC se observó disminución significativa de los síntomas depresivos (HAM-D: $d=0.65$) y de ansiedad (HAM-A: $d=0.55$). Un 56% de pacientes del grupo de TCC respondieron al tratamiento (diferencia de dos puntuaciones en la escala de CGI antes y después del tratamiento).

En 2010, el mismo grupo realizó un estudio (Safren et al., 2010) que comparaba un grupo de TCC individual (N=43) (con el mismo programa que el estudio anterior) (Safren et al., 2005) y un grupo de apoyo/relajación (N=43). Los dos grupos estaban formados por pacientes que aun estando en tratamiento farmacológico continuaban presentando síntomas clínicamente significativos de TDAH. Los resultados indicaron una disminución significativa en el grupo de TCC en los síntomas de TDAH (ADHD-RS, CSS) (Figura 2) y severidad de síntomas (CGI) en comparación con el grupo de relajación. También hubieron más pacientes que respondieron al tratamiento en el grupo de TCC tanto en la ADHD-RS (67% vs 33%) como en el CGI (53% vs 23% en el grupo control). Se consideraron respondedores aquellos pacientes que obtuvieron una reducción del 30% en la ADHD-RS o una reducción de 2 puntuaciones en la escala de CGI o bien obtuvieron un 1 o un 2 (que implicaba no cumplir criterios de TDAH). Las mejoras se mantuvieron a los 6 y 12 meses de seguimiento, excepto en la escala autoreportada CSS.

1. Introducción

Figura 2. Resultados en la Current Symptoms Scale (CSS) pre y postratamiento



TCC vs entrenamiento cognitivo

El grupo de Virta (Virta et al., 2010) comparó la eficacia de un programa de TCC individual (N=10), un grupo de entrenamiento cognitivo (EC) (N=9) y un grupo control sin tratamiento psicológico (N=10). Los sujetos se asignaron aleatoriamente a los 3 grupos. Se incluyeron pacientes que estaban en tratamiento farmacológico estabilizado desde hacía 3 meses así como pacientes que no estaban en tratamiento farmacológico. Concretamente, en el grupo de TCC había 5 sujetos en tratamiento farmacológico, 5 sujetos en el grupo de EC y 7 participantes del grupo control que también tomaban medicación.

El programa de TCC consistió en 10 sesiones: Psicoeducación (Sesión 1), Manejo de distracciones (Sesión 2), Motivación (Sesión 3), Organización y Planificación

1. Introducción

(Sesión 4), Afrontamiento del estrés (Sesión 5), Autoestima (Sesión 6), Objetivos Individuales según el paciente como impulsividad, manejo de la rabia o bien repaso de determinadas sesiones anteriores (Sesión 7-9) y una última sesión de mantenimiento de los cambios. En cambio, el programa de entrenamiento cognitivo (EC) consistió en 20 sesiones de entrenamiento en atención, funciones ejecutivas y memoria mediante un sistema computerizado.

En la evaluación post tratamiento, se observó mayor eficacia de la TCC individual en comparación con los otros dos grupos. En el programa de TCC, se obtuvieron TE grandes en mejoras de atención (BADDs: $\eta_p^2=0.15$) en comparación con el grupo de EC. En comparación con el grupo control, la TCC mostró disminuciones significativas en síntomas de TDAH (BADDs: $\eta_p^2=0.26$) y también en calidad de vida en relación a trabajo y estudios (QLESQ: $\eta_p^2=0.28$).

TCC vs tratamiento farmacológico

El estudio más reciente de TCC individual es el de Weiss et al., (2012). En investigaciones previas, se incluían sólo pacientes en tratamiento farmacológico (Emilsson et al., 2011; Safren et al., 2005, 2010) o bien la mayoría de sujetos estaban en tratamiento farmacológico (Hirvikoski et al., 2011; Solanto et al., 2010; Stevenson et al., 2003, 2002; Virta et al., 2010). El objetivo de la mayoría de los estudios de tratamiento psicológico de adultos con TDAH ha sido examinar si el tratamiento psicológico aumentaba la mejora obtenida con el tratamiento farmacológico. En cambio, el objetivo de este estudio (Weiss et al., 2012) fue examinar si el uso de medicación aumentaba la mejora de un programa de tratamiento psicológico. Con este fin, se realizó un análisis secundario de un ensayo clínico previo (Weiss & Hechtman, 2006) en el que se comparaba un grupo

1. Introducción

de tratamiento combinado (TCC + tratamiento farmacológico) (N=23) y un grupo de TCC + placebo (N=25). Tanto los pacientes como los investigadores fueron ciegos a la asignación del grupo.

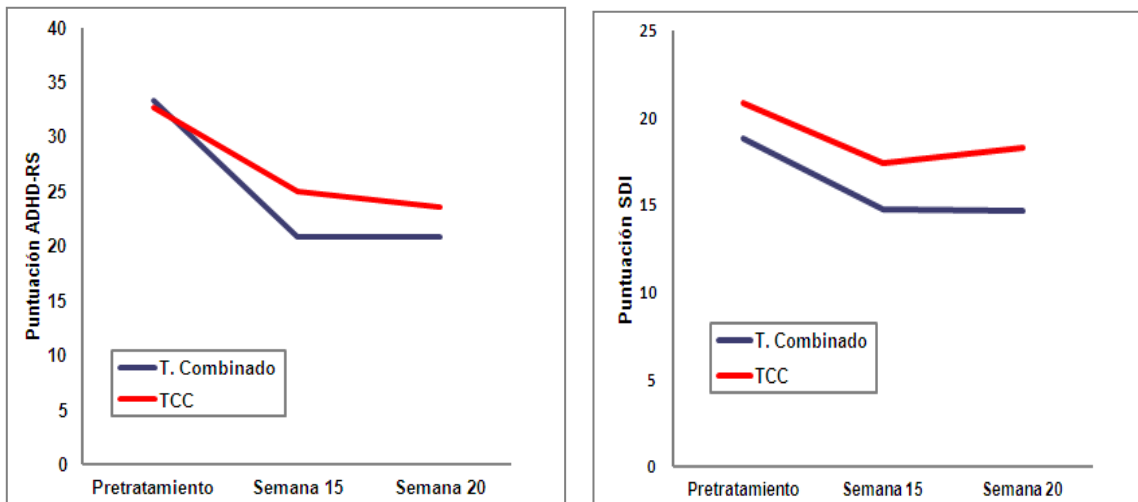
El programa de tratamiento consistía en 9 sesiones individuales de TCC. El enfoque del tratamiento se centraba en resolución de problemas (*Problem Focused Therapy*). El paciente decidía qué problema tratar durante las sesiones. El problema definido por el paciente se utilizaba como vehículo para trabajar habilidades de afrontamiento para el TDAH. Se incluían estrategias de priorización, automotivación, modificación del entorno, manejo de distracciones y conducta impulsiva. Los terapeutas se basaron en un manual con módulos predominantemente cognitivo-conductuales (de manejo de la rabia, autoestima, inestabilidad emocional, manejo del tiempo, afrontamiento de la ansiedad, organización, conflictos de pareja, manejo de dinero, etc.) pero se permitía cierta flexibilidad en introducir estrategias de terapia interpersonal o rehabilitación cognitiva si se consideraba necesario.

Los resultados mostraron mejoras tanto en los síntomas de TDAH (ADHD-RS del Investigador (ADHD-RS I): $d= 1.1$ en la semana 15 y la 20) como en el funcionamiento del paciente (SDI: $d=0.5$ a la semana 15 y $d=0.44$ a la semana 20) (Figura 3). Aunque se observaba una tendencia a una mayor mejora en el grupo de tratamiento combinado (TCC + tratamiento farmacológico) no se obtuvieron diferencias significativas entre grupos. Un 63% de los sujetos fueron considerados pacientes que habían mejorado ya que habían reducido en un 25% los síntomas de TDAH según la ADHD-RS y un 47% consiguieron remisión de síntomas (puntuación igual o menor a 1 en la ADHD-RS). De forma que el uso de

1. Introducción

medicación no demostró mejorar significativamente los resultados de un programa de TCC.

Figura 3. Puntuaciones en la ADHD RS-I y SDI en los dos grupos de tratamiento



1.1.2. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL GRUPAL

Estudios iniciales

La primera investigación de tratamiento psicológico grupal en adultos con TDAH data del 1999 (Wiggins D., Singh, K., Getz, H. G., & Hutchins, 1999). El objetivo fue estudiar los efectos de una terapia de grupo breve (N=8) en comparación con un grupo control en lista de espera (N=9).

1. Introducción

El programa de tratamiento consistió en 4 sesiones que incluían psicoeducación, práctica de estrategias de afrontamiento y *counselling*. El contenido de las sesiones fue el siguiente: Psicoeducación (Sesión 1), Gestión del Tiempo y Objetivos (Sesión 2), Motivación (Sesión 3) y Control del entorno y priorización de tareas (Sesión 4). Al final del tratamiento, el grupo de tratamiento obtuvo una disminución de los síntomas de desorganización ($d=1.71$), inatención ($d=1.90$) e inestabilidad emocional ($d= 1.33$) evaluados mediante la Wiggins Adult ADHD Checklist en comparación con el grupo control.

Programas de Rehabilitación Cognitiva

El estudio de Stevenson es el primer estudio controlado de rehabilitación cognitiva (RC) (Stevenson et al., 2002). Previamente solo se habían realizado estudios de caso reportando una buena respuesta a la intervención (Goodwin RE, 1992; Weinstein, 1994). En el estudio de Stevenson et al. (2002) se incluyeron pacientes en tratamiento farmacológico estabilizado y pacientes que no tomaban medicación. Los pacientes en tratamiento farmacológico fueron asignados aleatoriamente a un grupo de RC (N=13) o bien a un grupo control en lista de espera (N=11) así como los pacientes sin medicación: RC (N=11) o grupo control en lista de espera (N=10). La RC consistía en 8 sesiones grupales y *coaching* individual. Los contenidos abordados en las sesiones fueron: motivación, concentración, habilidades interpersonales, impulsividad, organización, manejo de la rabia y autoestima.

Los pacientes que completaron el grupo de RC reportaron disminución de los síntomas de TDAH (ADHD Checklist: $d=1.4$) y mejoras en habilidades de organización (Adult Organization Scale: $d= 1.3$). Un 36% de los pacientes en el

1. Introducción

grupo de RC obtuvieron mejora clínica significativa (disminución de un 33% en la clínica de TDAH) después de la intervención (T2). A los dos meses (T3), un 55% de los pacientes habían obtenido mejora clínica significativa y al año un 50% mantenía los cambios (T4). En habilidades de organización, se observó una tendencia similar. Al final de la intervención (T2), el 9% fueron respondedores del tratamiento, aumentándose al 22% a los dos meses de seguimiento (T3) y disminuyó al 17% al año (T4). En relación a las dificultades de manejo de la rabia, en la evaluación post tratamiento no se observaron diferencias significativas. No obstante, en el seguimiento a un año se observó una tendencia a la mejora. No se encontraron diferencias entre los pacientes que tomaban medicación de aquellos que no estaban en tratamiento farmacológico.

En 2003, el mismo grupo de Stevenson (Stevenson et al., 2003) llevó a cabo un estudio de RC en la que los pacientes tuvieron un mínimo contacto con el terapeuta. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a un grupo de RC (N=17) o bien a un grupo control en lista de espera (N=18). La muestra estuvo compuesta por pacientes en tratamiento farmacológico estabilizado y pacientes que no tomaban medicación. En el grupo de RC, un 64% (N= 11) estaban en tratamiento farmacológico y un 66% del grupo control (N=12).

A los pacientes del grupo de RC, se les entregó un manual con los mismos contenidos que las sesiones del programa de tratamiento de su anterior investigación (Stevenson et al., 2002). A diferencia del estudio anterior, los pacientes no asistían presencialmente a sesiones de grupo, sino que debían leer y realizar las actividades del manual. Se realizaron solamente 3 sesiones individuales que consistían en revisar los contenidos, monitorizar el progreso y fomentar la motivación para completar el programa. También se asignó una

1. Introducción

persona de apoyo a los participantes cuya función era telefonar a los pacientes y recordarles las lecturas y ejercicios a completar durante la semana.

Después de la intervención, los pacientes del grupo de RC mostraron una disminución de los síntomas de TDAH, mejoras en organización, en autoestima y manejo de la rabia. A los dos meses (T3), se mantuvieron los cambios. En este estudio, no se realizó seguimiento al año (T4). No obstante, los resultados mostraron como la eficacia de un grupo de RC presencial era similar a la de un grupo de RC con contacto mínimo con el terapeuta después de la intervención y a los 2 meses de seguimiento.

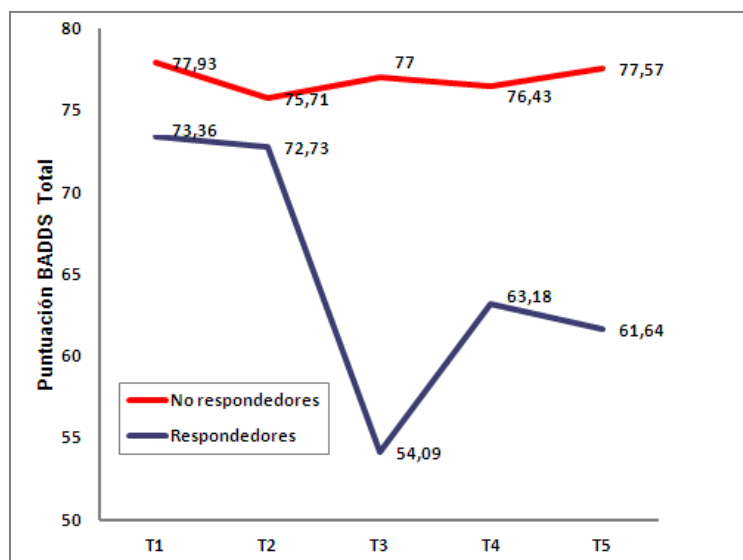
Por otra parte, el grupo de Virta (Virta et al., 2008) llevó a cabo un estudio no controlado de rehabilitación cognitivo-conductual (N=29). Un 66% de la muestra estaba en tratamiento farmacológico y un 31% presentaban trastornos comórbidos. El programa de tratamiento consistió en 11 sesiones (2h semanales) de TCC incluyendo también estrategias de rehabilitación neuropsicológica. El contenido de las sesiones fue el siguiente: Psicoeducación del TDAH (Sesión 1), Etiología y medicación del TDAH (Sesión 2), Motivación e Iniciación de Tareas (Sesión 3), Organización (Sesión 4), Atención (Sesión 5), Regulación Emocional (Sesión 6), Memoria (Sesión 7), Habilidades Interpersonales (Sesión 8), Impulsividad (Sesión 9), Autoestima (Sesión 10), Mantenimiento de cambios y relajación (Sesión 11).

En la evaluación post tratamiento, se observó una disminución de los síntomas de TDAH (BADDs Activación: $\eta^2= 0.27$; BADDs Afecto: $\eta^2= 0.15$ y la BADDs Total: $\eta^2= 0.22$). Un 30% de los pacientes fueron considerados respondedores del tratamiento (pacientes que obtuvieron a partir de un 20% de reducción de

1. Introducción

síntomas de TDAH). En un estudio posterior (Salakari et al., 2010), se realizó una evaluación de seguimiento, mostrando como a los 6 meses (T5) se mantenían los cambios en aquellos pacientes que habían respondido al tratamiento (Figura 4).

Figura 4. Media de la escala BADDs Total de los sujetos respondedores (N=11) y no respondedores (N=14) del tratamiento



Nota: T1 (3 meses antes del tratamiento), T2 (al inicio del tratamiento), T3 (después de la intervención), T4 (3 meses seguimiento), T5 (6 meses seguimiento), Respondedores (pacientes que obtuvieron un 20% de reducción de síntomas de TDAH), No Respondedores (pacientes que obtuvieron menos de un 20% de reducción de los síntomas de TDAH).

Terapia Metacognitiva

En 2008, el grupo de Solanto estudió un grupo de Terapia Metacognitiva (TMC) en una muestra de 30 pacientes, sin un grupo control (Solanto et al., 2008). El 70% de pacientes estaban en tratamiento farmacológico. Un 63.3% cumplía criterios

1. Introducción

para un trastorno depresivo mayor y un 43.3% presentaba un trastorno de ansiedad comórbido. La muestra estuvo compuesta por dos grupos de pacientes: un grupo que recibieron 8 sesiones de TMC (N = 12) y un grupo de 12 sesiones de TMC (N = 26).

El programa de tratamiento (Solanto MV, 2011) incluía técnicas de terapia cognitivo-conductual para el desarrollo de habilidades ejecutivas (*executive self-management skills*). Los contenidos de las sesiones fueron los siguientes: 1 sesión inicial psicoeducativa, 5 sesiones (Sesión 2- 6) de estrategias de Gestión del Tiempo, Activación Conductual, División de tareas, Priorización, Visualización de objetivos largo plazo y manejo de pensamientos automáticos, 3 sesiones (Sesión 7-9) de estrategias organizacionales, 2 sesiones (Sesión 10-11) de estrategias de planificación y una última sesión de mantenimiento de los cambios (Sesión 12).

Después de la intervención, se obtuvieron disminuciones significativas de los síntomas de TDAH (BADDS Total: $\eta_p^2 = 0.67$), con mayores mejoras en la clínica de inatención (CAARS Inatención: $\eta_p^2 = 0.59$) y planificación (ON-TOP: $\eta_p^2 = 0.62$) que en los síntomas de hiperactividad (CAARS: $\eta_p^2 = 0.07$). Concretamente, un 46.7% de los sujetos disminuyeron los síntomas de inatención a una puntuación por debajo del umbral de significación (Puntuación T < 65). No se observaron diferencias significativas entre los participantes que realizaron el programa de tratamiento de 12 sesiones respecto aquellos que realizaron 8 sesiones.

En 2010, el mismo grupo de investigadores (Solanto et al., 2010) realizó un estudio controlado y aleatorizado, en el que se comparó un grupo de Terapia Metacognitiva (N=45) y un Grupo de apoyo (N=43). El programa de terapia metacognitiva consistió en el mismo contenido que el de su estudio previo,

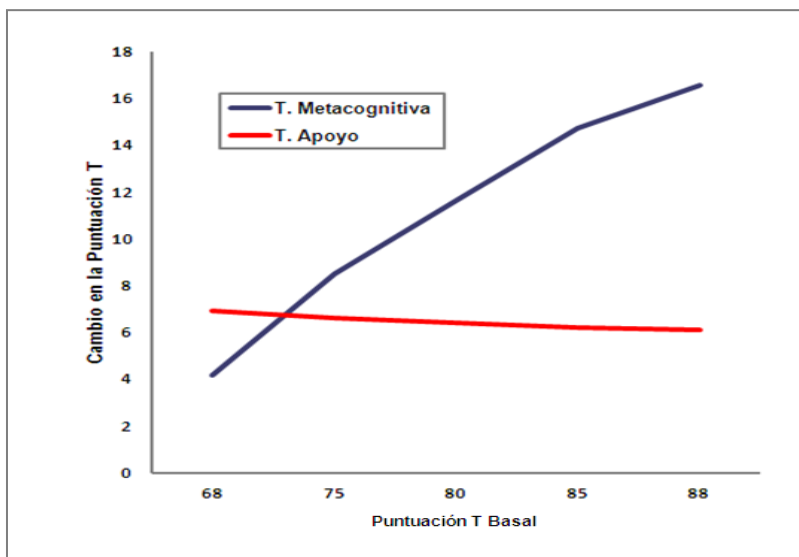
1. Introducción

utilizando la versión extendida de 12 sesiones. El objetivo del grupo de apoyo fue controlar los efectos terapéuticos no específicos de una terapia de grupo (ej. apoyo del terapeuta, validación del grupo, etc.). Con este objetivo, el grupo de apoyo consistió en 12 sesiones de discusión e información sobre mitos del TDAH o aspectos del tratamiento farmacológico, pero sin contenidos cognitivo-conductuales.

En los resultados, se observó cómo los pacientes del grupo de TMC obtuvieron una mejora significativa en atención respecto al grupo de apoyo (subescala Inatención/Memoria CAARS) mientras que las puntuaciones en el grupo de apoyo fueron estables antes y después de la intervención. Se observó como una mayor severidad de los síntomas de inatención al inicio del tratamiento se asociaba a una mayor disminución de la inatención (Figura 5). En cambio, respecto a la sintomatología comórbida de depresión o ansiedad, los dos grupos obtuvieron disminución de síntomas, pero sin obtener diferencias significativas entre ellos.

1. Introducción

Figura 5. Cambio en la Conners Adult ADHD Rating subescala Inatención/Memoria



Programa de Emilsson

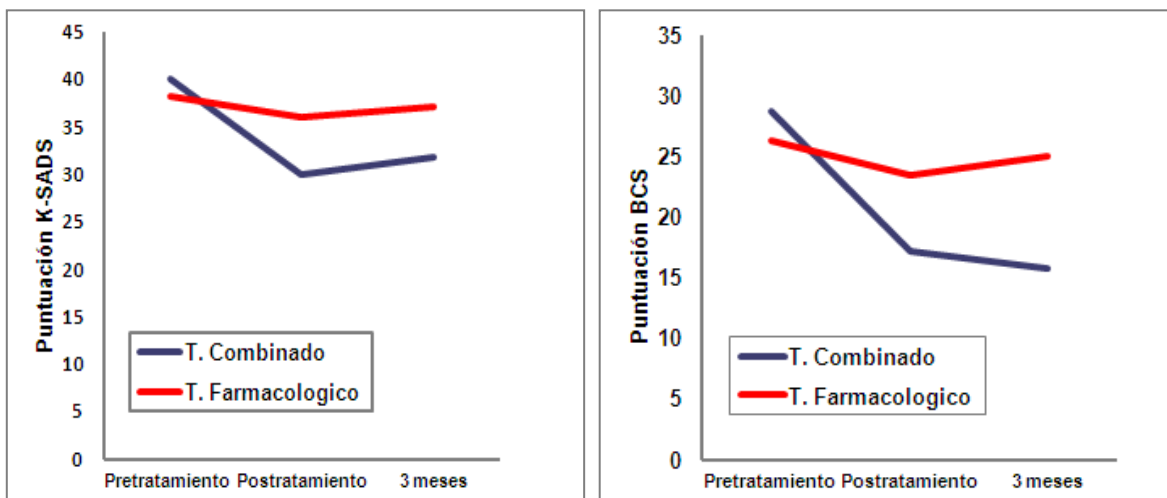
El grupo de Emilsson et al. (2011) evaluó la eficacia de un grupo de TCC en combinación con tratamiento farmacológico (N=27) en comparación con un grupo control de solo tratamiento farmacológico (N=27).

La intervención se basó en el programa de tratamiento de *Reasoning and Rehabilitation for ADHD Youths and Adults (R&R2ADHD)* que consistía en 5 módulos (15 sesiones): (1) Módulo Neurocognitivo (estrategias de control atencional, memoria, impulsividad y planificación), (2) Módulo de resolución de problemas (3) Módulo de Control Emocional (manejo de rabia y ansiedad), (4) Habilidades Prosociales (habilidades de empatía, negociación), (5) Módulo de razonamiento crítico. El formato de la intervención fue grupal pero también incluía visitas individuales de *coaching* entre sesiones.

1. Introducción

Los resultados indicaron una mayor eficacia del grupo de TCC. Se observó una disminución en los síntomas de TDAH (BCS Inatención: $d= 0.94$; BCS Hiperactividad/Impulsividad: $d=0.32$; BCS Total: $d= 0.76$) y según la K-SADS ($d=1.03$) (Figura 6). En el seguimiento a los 3 meses, el grupo de TCC también obtuvo mayor disminución en la severidad de los síntomas de TDAH (CGI: $d=1.31$), ansiedad (BAI: $d=0.83$) y depresión (BDI: $d=1.32$), así como mejoras en el control emocional (RATE: $d=1.12$) y funcionamiento social (RATE: $d= 1.24$).

Figura 6. Diferencias entre grupos de los síntomas de TDAH en la K-SADS y BCS



1. Introducción

1.1.3. TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL GRUPAL

Programa de Hesslinger

El primer estudio de TDC fue el de Hesslinger et al., (2002). Se trata de un estudio piloto cuyo objetivo fue comparar los resultados entre un grupo de TDC (N=5) y un grupo control en lista de espera (N=3). Este estudio así como los posteriores en TDC parten de la observación que los pacientes con TDAH y los pacientes con TLP comparten algunos síntomas como la inestabilidad emocional, impulsividad, baja autoestima y dificultades interpersonales. Partiendo de esta base, se adaptó el programa de Linehan diseñado inicialmente para pacientes con TLP (Linehan M, 1993), con el objetivo de aplicarlo a pacientes con TDAH. El programa constaba de 4 módulos: (1) en el Módulo de Habilidades Interpersonales se trataban las dificultades de relación derivadas de los síntomas de TDAH; (2) en el Módulo de Tolerancia al Malestar se trataba la tolerancia a la frustración, (3) en el de Regulación Emocional se trabajaba la inestabilidad afectiva y la impulsividad y (4) en el Módulo de *Mindfulness* se abordaban las dificultades de atención (Figura 7).

1. Introducción

Figura 7. Programa de tratamiento Dialéctico-Conductual adaptado para pacientes adultos con TDAH (adaptado de Philipsen 2006)



El programa de tratamiento consistió en 13 sesiones: Psicoeducación (Sesión 1), *Mindfulness* (Sesión 2-3), Planificación (Sesión 4), Análisis conductual (Sesión 5-6), Regulación emocional (Sesión 7), Depresión y medicación (Sesión 8), Impulsividad (Sesión 9), Afrontamiento de estrés (Sesión 10), Consumo de sustancias (Sesión 11), Habilidades interpersonales y autoestima (Sesión 12) y una sesión de mantenimiento de los cambios (Sesión 13). Al finalizar el tratamiento, se observó en los pacientes del grupo de TDC una disminución de los síntomas de TDAH (ADHD-Checklist, SCL-16), depresión (BDI-II) y mejoras en la salud autoreportada según la Visual Analogue Scale (VAS).

En 2007, se realizó un estudio multicéntrico de TDC (Philipsen et al., 2007). Se trata de un estudio no controlado con una muestra de 66 pacientes, el 66.7% de

1. Introducción

los cuales estaban en tratamiento farmacológico estabilizado. En la evaluación post tratamiento, se observó una disminución de los síntomas de TDAH (*ADHD-Checklist*: $\eta^2= 0.411$, *SCL-16*: $\eta^2= 0.217$), reducción significativa de los síntomas comórbidos de depresión (*BDI*: $\eta^2= 0.314$), así como mejoras en el estado de salud (*VAS*: $\eta^2= 0.475$). No se observó ninguna influencia significativa de los cofactores (medicación y centro) en los resultados del tratamiento.

En 2011, se realizó un estudio controlado con el mismo programa (Hirvikoski et al., 2011): grupo de TDC (N=19) vs un grupo control de discusión (N=18). La función del grupo control fue poder diferenciar si los resultados obtenidos se debían a un programa de tratamiento de habilidades estructurado (TDC) o bien a factores del propio formato grupal (grupo de discusión). Al final de la intervención, los pacientes del grupo de TDC reportaron una disminución significativa de los síntomas de TDAH (*BCS*: $d= 0.57$) en comparación con el grupo control donde no se observaron diferencias significativas en la reducción de síntomas. No se obtuvo disminución de síntomas de ansiedad y depresión comórbidos en ninguno de los dos grupos.

Programa de entrenamiento en *Mindfulness*

El objetivo de esta investigación fue estudiar la eficacia de un programa de entrenamiento en *mindfulness* (Zylowska et al., 2008). Se trata de un estudio no controlado con una muestra de 18 adultos y 8 adolescentes con TDAH o “probable TDAH”, es decir, también se incluyeron pacientes con síntomas de TDAH que no cumplían criterios para el trastorno. El 63% de los adultos y el 67% de los adolescentes recibían tratamiento farmacológico de forma concomitante al programa de *mindfulness*.

1. Introducción

El programa de tratamiento consistió en 8 sesiones grupales. El programa de *mindfulness* se adaptó a las dificultades propias del TDAH como por ejemplo el tiempo de entrenamiento era menor que el habitual para pacientes con otro tipo de trastornos. Después del tratamiento, tanto los adultos como los adolescentes mostraron una disminución de la sintomatología de TDAH ($p < 0,01$). Aun así, solo el 30% de los pacientes reportaron una disminución clínica significativa (reducción del 30% de los síntomas de TDAH). En la sintomatología comórbida, se observó reducción de la ansiedad (BAI: $p < 0,02$) y la depresión (BDI: $p < 0,01$) en adultos; pero no hubieron mejoras significativas en la sintomatología comórbida de los adolescentes. En un estudio controlado posterior, se observó como un programa de *mindfulness* obtenía efectos neurofisiológicos comparables al tratamiento farmacológico en relación a la atención y autoregulación (Schoenberg et al., 2014).

Programa psicoeducativo (programa PEGASUS)

Posteriormente a la publicación del Estudio 1 de la presente tesis, se ha publicado un estudio piloto y no controlado sobre psicoeducación para adultos con TDAH (Hirvikoski, Waaler, Lindström, Bölte, & Jokinen, 2014). La muestra fue de 108 adultos (51 pacientes con TDAH y 57 familiares). Un 53.66% de los pacientes con TDAH estaban en tratamiento farmacológico y un 65.85% presentaban trastornos comórbidos.

El programa constaba de 8 sesiones de psicoeducación para pacientes y familiares. Se trata de una intervención manualizada diseñada como primera intervención no farmacológica después del diagnóstico del TDAH en el adulto. Los contenidos de las sesiones fueron los siguientes: Información sobre el TDAH

1. Introducción

(Sesión 1), Información sobre tratamiento psicológico y farmacológico (Sesión 2), Factores de estilo de vida como el sueño, estrés, dieta y ejercicio (Sesión 3), Estrategias para el manejo del TDAH (Sesión 4), una sesión donde se incluía un paciente diagnosticado de TDAH que explicaba su experiencia (Sesión 5), TDAH y relaciones sociales (Sesión 6), TDAH y trabajo (Sesión 7) e Información sobre servicios y ayudas sociales (Sesión 8).

Los resultados mostraron como al final de la intervención, había aumentado el conocimiento sobre el TDAH tanto en los pacientes como en los familiares, obteniendo los familiares mayores puntuaciones que los propios pacientes (*ADHD 20 Questions*: $\eta^2=0.06$). También se observaron mejoras en la calidad de las relaciones familiares (*Questions About Family Members, QAFM*: $\eta^2=0.13$), mejoras en autoestima (*Rosenberg's Self-Esteem Scale, RSE*: $\eta^2= 0.09$) así como disminución de síntomas de ansiedad y depresión (*BDI*: $\eta^2= 0.09$ y *BAI*: $\eta^2= 0.06$) tanto en familiares como pacientes. Los familiares de los pacientes reportaron disminución de preocupación y culpabilidad (*Burden Assessment Scale, BAS*: $\eta^2= 0.18$). No se observaron mejoras significativas en calidad de vida (*ADHD Quality of Life Scale*).

1. Introducción

1.1.4. COMPARACIÓN DE ESTUDIOS DE ADULTOS

Los programas de tratamiento psicológico de adultos con TDAH (terapia cognitivo-conductual, terapia dialéctico-conductual, terapia metacognitiva y rehabilitación cognitiva) comparten características similares ya que son intervenciones estructuradas y basadas en la práctica de estrategias de afrontamiento para compensar los síntomas del trastorno. Se trata de intervenciones a corto plazo (8-14 sesiones) y con una estructura de las sesiones similar (revisión de tareas para casa, contenido explicativo sobre nuevas estrategias de afrontamiento, discusión sobre el contenido expuesto por el terapeuta y al terminar la sesión, revisión de contenidos trabajados).

En relación al contenido de los programas, la mayoría de estudios con un mayor rigor en su diseño (grupo control, aleatorización de los pacientes y evaluador ciego al estudio) utilizan programas que hacen mayor énfasis en el tratamiento de los síntomas de inatención (Safren et al., 2005, 2010; Solanto et al., 2010) excepto el programa de Emilsson, que también incluye sesiones que abordan los síntomas de impulsividad. No obstante, el estudio de Emilsson tiene una muestra más pequeña (N=54 vs N=86 en el estudio de Safren et al. 2010 y N=88 en el estudio de Solanto et al. (2010) (Tabla 2).

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS CON TDAH

1. Introducción

Tabla 2. Contenido de los programas de tratamiento de estudios controlados

Tipo de tratamiento	Atención	Impulsividad	Síntomas comórbidos (Ansiedad/ Depresión)	Síntomas Asociados (Autoestima / Rabia)	Numero sesiones	Duración sesiones
TCC (Safren et al. 2005)	Sí	Opcional	Sí	Opcional	12	1h
TCC (Safren et al. 2010)	Sí	Opcional	Sí	No	12	1h
TCC (Virta et al. 2010)	Sí	Opcional	No	Opcional	10	1h
RC (Stevenson et al. 2002)	Sí	Sí	No	Sí	8	2h.
RC (Stevenson et al. 2003)	Sí	Sí	No	Sí	Autoayuda	Autoayuda
TMC (Solanto et al. 2010)	Sí	No	Sí	No	12	2h
TCC (Emilsson et al. (2011)	Sí	Sí	Sí	Sí	15	1.5h
TCC (Weiss et al. 2012)	Opcional	Opcional	Opcional	Opcional	9	NR
TDC (Hirvikoski et al. (2011)	Sí	Sí	Sí	Sí	14	2h

Nota: NR (no reportado), EC (Entrenamiento Cognitivo), TCC (Terapia Cognitivo-Conductual), TMC (Terapia Metacognitiva), TDC (Terapia Dialéctico-Conductual), RC (Rehabilitación Cognitiva).

Los estudios de tratamiento psicológico que reportan los TE, muestran como programas basados en la sintomatología de inatención obtienen TE grandes en relación a la disminución de síntomas de TDAH (Tabla 3). Aunque estudios

1. Introducción

previos han hecho énfasis en la necesidad de abordar las dificultades de autoregulación emocional en pacientes con TDAH (Barkley, RA, 2009; Retz, Stieglitz, Corbisiero, Retz-Junginger, & Rösler, 2012; Skirrow & Asherson, 2013; Surman et al., 2013), programas de tratamiento psicológico que no han abordado estas dificultades han mostrado ser eficaces en la disminución de síntomas de TDAH. Sin embargo, se han observado TE menores en la mejora de la sintomatología comórbida. También se ha evidenciado que los síntomas de TDAH no se explican solamente por un déficit en las funciones ejecutivas (Russell A Barkley, 2010) sino que existe un déficit en la regulación de la motivación (Mitchell, 2010; Nigg & Casey, 2005; Sonuga-Barke, 2003; Volkow et al., 2010). Aun así, escasos programas de tratamiento psicológico especifican que utilicen estrategias motivacionales (Safren et al., 2010; Stevenson et al., 2002; Virta et al., 2010).

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS CON TDAH

1. Introducción

**Tabla 3. Tamaño del efecto de los estudios de tratamiento psicológico en adultos con TDAH
(adaptado de Knouse y Safren 2010)**

Tipo Tratamiento	Medidas	TE Total TDAH	TE Inatención
Estudios no controlados			
TCC (Virta et al. 2008)	BADDS Total	0.38	
	BADDS Attention		0.33
Mindfulness (Zylowska et al. 2007)	ADHD-RS Total	0.80	
	ADHD-RS Inattention		0.97
TDC (Hesslinger 2002, Philipsen 2007)	ADHD Checklist	0.91	
TCC (Rostain y Ramsay, 2006)	BADDS-I Total	1.02	
	BADDS-I Attention		1.25
TMC (Solanto 2008)	BADDS Total	1.57	
	BADDS Attention		1.09
	CAARS Inattention		1.22
TCC (Safren et al. 2005)	ADHD CSS	1.74	
	ADHD Checklist-I		1.97
Estudios controlados			
RC (Stevenson 2002)	ADHD Checklist	1.65	
TCC (Weiss et al. 2012)	ADHD-RS Total	1.1	
TCC (Emilsson et al. 2011)	ADHD CSS	0.76	
	ADHD CSS-I		0.94

Nota: TE= tamaño del efecto reportado en *Cohen's d*. En los estudios controlados se reporta la *d* del grupo de tratamiento activo. BADDS = Brown Attention-Deficit Disorder Scales-Self Report; ADHD-RS = ADHD Rating Scale Self Report; BADDS-I = BADDS Investigator Report; CAARS = Conners' Adult ADHD Rating Scale Self Report; ADHD-CSS: ADHD Current Symptoms Scale Self-Report; ADHD Checklist-I = ADHD Checklist – Independent Assessor.

Otro aspecto a destacar es que la mayoría de los estudios muestran como la TCC es eficaz en combinación con tratamiento farmacológico. Gran parte de las muestras de los estudios están formadas por pacientes en tratamiento

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS CON TDAH

1. Introducción

farmacológico (Tabla 4). Sin embargo, algunas investigaciones también han incluido pacientes sin tratamiento farmacológico y/o han analizado la variable medicación como posible variable moderadora del efecto del tratamiento. No obstante, no se han encontrado diferencias significativas en los resultados de la TCC entre pacientes que no toman medicación para el TDAH y sujetos en tratamiento farmacológico (Hirvikoski et al., 2011; Solanto et al., 2010; Stevenson et al., 2003, 2002; Weiss et al., 2012).

Tabla 4. Diseño de los estudios controlados

Tipo de tratamiento	Evaluador ciego	Grupo control (Activo o placebo)	Evaluación seguimiento	Comorbilidad	Medicación (%) ¹
TCC (Safren et al. 2005)	Sí	Activo	No	Depresión	Sí (100%)
TCC (Safren et al. 2010)	Sí	Placebo	12 meses	No	Sí (100%)
TCC (Virta et al. 2010)	Sí	Activo	No	No	Sí (50%)
RC (Stevenson et al. 2002)	No	Placebo	2 y 12 meses	Ansiedad	Sí (50%)
RC (Stevenson et al. 2003)	No	Placebo	2 meses	Sí	Sí (64%)
TMC (Solanto et al. 2010)	Sí	Placebo	No	Sí	Sí (56%)
TCC (Emilsson et al. (2011)	Sí	Activo	3 meses	Ansiedad	Sí (100%)
TCC (Weiss et al. 2012)	Sí	Activo	No	No	Sí ²
TDC (Hirvikoski et al. (2011)	No	Placebo	3 y 12 meses	No	Sí (58%)

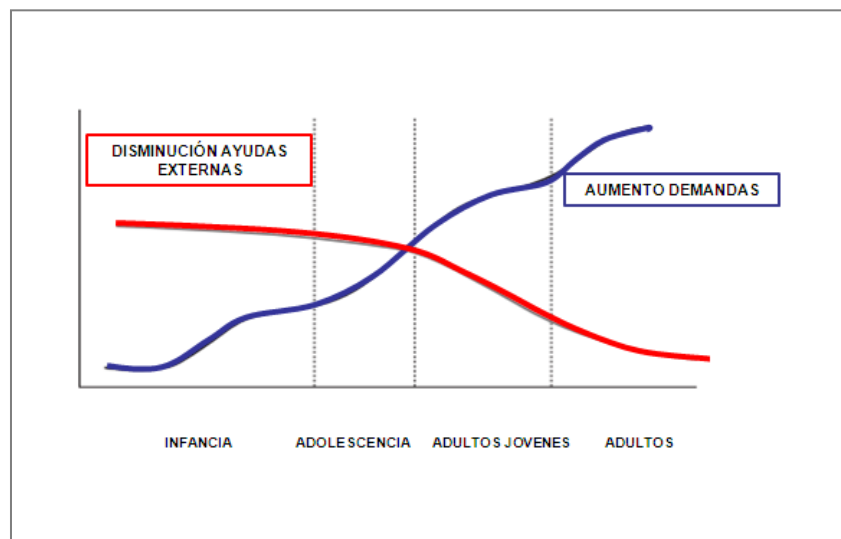
Nota: EC (Entrenamiento Cognitivo), TCC (Terapia Cognitivo-Conductual), TMC (Terapia Metacognitiva), TDC (Terapia Dialéctico-Conductual), RC (Rehabilitación Cognitiva). ¹ Porcentaje de pacientes en tratamiento farmacológico; ² Este estudio compara un grupo con medicación v otro grupo placebo

1. Introducción

1.2. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TDAH EN ADOLESCENTES

La adolescencia es una etapa del desarrollo donde los problemas asociados con el TDAH pueden ser más severos que durante la infancia (Chronis, Jones, & Raggi, 2006) ya que las ayudas externas para manejar el TDAH disminuyen y las demandas educacionales, laborales e interpersonales aumentan (Turgay et al., 2012; Weiss et al., 2008; Wolraich et al., 2005; Young & Amarasinghe, 2010) (Figura 8).

Figura 8. Diagrama conceptual del balance ayuda del entorno-demandas según etapa evolutiva (adaptado de Turgay et al. 2012)



Los adolescentes presentan elevadas tasas de discontinuación de tratamiento (McCarthy et al., 2009), sobretodo en la franja de edad entre 15-21 años. Estudios de seguimiento de tratamiento farmacológico, muestran como la adherencia disminuye en función que aumenta la edad (Charach, Ickowicz, & Schachar, 2004; Molina et al., 2009; Robb & Findling, 2013) y esta declinación no

1. Introducción

se explica por la remisión del trastorno en estas edades (Taylor, Fauset, & Harpin, 2010; Montano & Young, 2012; Swanson, 2003)

Se han asociado varios factores a estas dificultades de adherencia: (1) menor control parental sobre la continuidad en el tratamiento dado el aumento de autonomía del paciente (Pliszka, 2007), (2) la transición entre los servicios de salud mental infantil a los servicios de adultos, momento en el que se da un alto riesgo de abandono (Taylor et al., 2010; Young & Amarasinghe, 2010), (3) baja motivación para el tratamiento y minimización de síntomas por parte del adolescente (Mikami, Calhoun, & Abikoff, 2010; Prevatt et al., 2012) y (4) percepción de estigma relacionado con el TDAH (Bussing, Zima, Mason, Porter, & Garvan, 2011) (Figura 9). Estos factores pueden conducir a una terminación prematura del tratamiento que puede repercutir en el adolescente en una etapa del desarrollo crucial (Biederman, 2003; Kratochvil, Wilens, & Upadhyaya, 2006) .

Figura 9. Factores de baja adherencia al tratamiento de los adolescentes con TDAH



1. Introducción

Las guías clínicas recomiendan tratamiento psicológico como tratamiento de primera elección en adolescentes con TDAH de severidad leve o moderada (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008). Se recomienda una aproximación psicológica que incluya habilidades de autocontrol, manejo emocional, habilidades interpersonales y resolución de problemas. No obstante, comparado con el gran número de investigaciones de tratamiento psicológico en niños (Chronis, Jones, & Raggi, 2006; Hodgson, Hutchinson, & Denson, 2014; Sonuga-Barke et al., 2013) y adultos (Vidal-Estrada et al., 2012) existe escasa evidencia sobre tratamientos psicológicos para adolescentes con TDAH. La mayoría de intervenciones se han basado en entrenamiento para padres (Barkley, Guevremont, Anastopoulos, & Fletcher, 1992; Barkley, 2001; McCleary & Ridley, 1999; Svanborg et al., 2009) e intervenciones escolares (Evans, Axelrod, & Langberg, 2004; Evans, Schultz, Demars, & Davis, 2011; Molina et al., 2008; Sibley et al., 2011) (Tabla 5).

De forma que gran parte de los programas de tratamiento psicológico que se aplican en esta franja de edad son intervenciones indirectas al adolescente y siguen los mismos principios que los tratamientos validados en población infantil (Fabiano et al., 2009; Montoya, Colom, & Ferrin, 2011; Smith, Waschbusch, Willoughby, & Evans, 2000; Sonuga-Barke et al., 2013; Young & Amarasinghe, 2010; Zwi, Jones, Thorgaard, York, & Dennis, 2011). Sin embargo, numerosos cambios evolutivos y del entorno caracterizan la transición de la infancia a la adolescencia e implican la necesidad de una adaptación de los tratamientos psicológicos a la edad del paciente (Young & Amarasinghe, 2010).

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS CON TDAH

1. Introducción

Tabla 5. Estudios de tratamiento psicológico en adolescentes con TDAH

Tipo de tratamiento	Autores	Diseño
Tratamientos para el adolescente		
TCC individual	Antshel et al. 2012	No controlado
Terapia racional emotiva grupal	Morris (1993)	No controlado
Tratamiento para padres		
Psicoeducación para padres	Mc Cleary & Ridley (1999)	No controlado
Psicoeducación para padres	Svanborg et al. (2009)	Controlado
Intervenciones familiares	Barkley et al (1992)	Controlado
T.Conductual y Resolución Problemas	Barkley et al. (2001)	Controlado
Intervenciones escolares		
Challenging Horizons Program	Evans et al. (2004)	No controlado
Challenging Horizons Program	Evans et al. (2011)	Controlado
Challenging Horizons Program	Molina et al. (2008)	Controlado
Summer Treatment Program	Sibley et al. (2011)	No controlado
STANDS	Sibley et al. (2013)	Controlado

Nota: TCC (Terapia Cognitivo-Conductual), STANDS (Supporting Teens' Academic Needs Daily)

1.2.1. INTERVENCIONES DIRIGIDAS AL ADOLESCENTE

Existe escasa evidencia sobre intervenciones psicológicas dirigidas directamente al adolescente. Los estudios publicados en esta línea se basan en un modelo cognitivo-conductual; en formato individual (Antshel, Faraone, & Gordon, 2012) y en formato grupal (Morris, 1993).

1. Introducción

Aunque en niños, la eficacia de la TCC sigue siendo dudosa (Abikoff & Gittelman, 1985; Baer, R. A., & Nietzel, 1991; Bloomquist, August, & Ostrander, 1991; Fehlings, Roberts, Humphries, & Dawe, 1991; Kendall & Braswell, 1982; Storebo et al., 2011), resultados preliminares indican que la TCC individual podría ser efectiva en adolescentes con TDAH (Antshel, Faraone, & Gordon, 2012). El desarrollo cognitivo parece ser una variable moderadora de la eficacia de este tipo de intervenciones, siendo los adolescentes mayores los que probablemente se beneficien más de intervenciones cognitivas (Holmbeck, G. E., Greenley, R. N., & Franks, 2003; Young & Amarasinghe, 2010).

Respecto al formato de las intervenciones cognitivo-conductuales (grupales o individuales), las guías clínicas recomiendan TCC grupal. Se indica la TCC individual para adolescentes mayores cuando el formato grupal no ha sido efectivo (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008). Sin embargo, dada la escasa evidencia empírica hasta el momento, se ha discutido sobre la eficacia de la terapia grupal en adolescentes con TDAH. Algunas revisiones previas consideran la terapia de grupo como tratamiento probablemente no eficaz (Smith et al., 2000) mientras que otras la han clasificado como un tratamiento potencialmente eficaz (Murphy, 2005).

Terapia racional-emotiva grupal

El primer estudio de terapia de grupo para adolescentes con TDAH data del 1993 (Morris, 1993). Se trata de un programa basado en los principios de la terapia racional-emotiva. Se compararon dos grupos: uno de pacientes con TDAH (N=12) y un grupo de adolescentes con trastorno de conducta (N=12) de 14 a 17 años. Solo los pacientes del grupo con TDAH estaban en tratamiento farmacológico.

1. Introducción

El programa de tratamiento (*Self-Management Program*) consistía en 24 sesiones focalizadas en el abordaje de pensamientos desadaptativos en relación al manejo de la rabia, depresión, ansiedad, autoestima, automotivación y habilidades interpersonales. Después de la intervención, el grupo de trastorno de conducta obtuvo mejoras en el manejo de la rabia (*Stait-Trait Anger Scale*: $p < 0.05$), disminución de pensamientos irracionales (*Irrational Beliefs Test*: $p < 0.01$) y reducción de síntomas depresivos (BDI: $p < 0.05$). El grupo de TDAH no obtuvo mejoras significativas con este tipo de intervención. No obstante, hay que tener en cuenta que inicialmente, el grupo de trastorno de conducta refería más dificultades de manejo de la rabia y más dificultades de tolerancia a la frustración que el grupo de adolescentes con TDAH.

Programa cognitivo-conductual individual

El primer estudio de TCC individual es el de Antshel et al. (2012). Se trata de un estudio no controlado. La muestra fue de 68 adolescentes en tratamiento farmacológico para el TDAH y que presentaban también trastornos comórbidos (39% ansiedad generalizada, 35% depresión, 17% trastorno obsesivo-compulsivo, 29% abuso de sustancias, 54% trastorno negativista-desafiante, 17% trastorno de conducta y 7% trastornos de aprendizaje).

El programa de tratamiento constaba de 13-16 sesiones. Se adaptó el programa cognitivo-conductual para adultos con TDAH de Safren et al. (2010). La intervención incluía los 3 módulos principales del programa de adultos: Módulo 1. Psicoeducación y planificación (4 sesiones), Módulo 2. Distracción (3 sesiones), Módulo 3. Reestructuración Cognitiva (2-5 sesiones). Sin embargo, a diferencia del programa de adultos, también se aplicó el módulo opcional a todos los

1. Introducción

pacientes (4 sesiones de manejo de la dilación, habilidades interpersonales y manejo de la rabia/frustración). Aunque se trataba de una intervención focalizada directamente en el adolescente, los padres asistían a las visitas como observadores (en los dos primeros módulos y en la sesión de manejo de la dilación).

Los cambios más significativos después del tratamiento fueron el aumento de asistencia a clase ($d=7.05$), disminución de las dosis de psicoestimulantes ($d=1.05$), disminución de síntomas externalizantes reportados por los padres (BASC-2: $d=0.85$), disminución de síntomas de inatención según padres (ADHD-RS: $d=1.02$) y profesores (ADHD-RS: $d=1.39$) y mejoras en el rendimiento escolar según padres (IRS: $d=1.21$) y profesores (IRS: $d=1.64$). A nivel de relaciones, los padres reportaron mejoras interpersonales ($d=1.51$). Los adolescentes reportaron menos cambios que los padres y profesores ($d=0.2-0.5$ en las medidas de hiperactividad, síntomas internalizantes, síntomas emocionales y problemas escolares). En cambio, apuntaron mayor disminución de inatención (BASC-2: $d=0.78$) y mejor ajuste personal (BASC 2: $d=0.86$). Referente a la comorbilidad, los adolescentes con TND se beneficiaron menos de la intervención, a diferencia de los pacientes con comorbilidad con trastornos de ansiedad y depresión que se beneficiaron más de la intervención que aquellos que sólo tenían el diagnóstico de TDAH sin comorbilidad.

1. Introducción

1.2.2. INTERVENCIONES DIRIGIDAS A PADRES

Programa de Barkley

Barkley et al. (1992) compararon la eficacia de 3 abordajes familiares. La muestra fue de 61 familias de adolescentes con TDAH (12-17 años) que fueron aleatorizados a 8-10 sesiones de entrenamiento conductual para padres (ECP: N=20), entrenamiento en resolución de problemas y comunicación (RPC: N=21) o terapia familiar estructural (TFE: N=20). El adolescente se incluía tanto en el abordaje de resolución de problemas como en la terapia familiar estructural, pero el programa de entrenamiento conductual era exclusivo para padres.

El programa de ECP (Barkley, 1987) consistía en pautas para padres para aumentar la eficacia en el manejo de conducta del adolescente: atención positiva, *time-out*, sistemas de refuerzo, etc. El programa de RPC (Robin, A. L., & Foster, 1989) constaba de 3 módulos: entrenamiento en resolución de problemas, modificación de estilos de comunicación y detección de creencias irracionales de los padres en relación al comportamiento del adolescente. Por último, el programa de terapia familiar (Minuchin, 1974) estaba enfocado en la modificación de los sistemas familiares e interacción de los miembros. Las tres intervenciones mostraron reducción en comunicación negativa (CBQ: $p < 0.003$), disminución de conflictos y mejoras en la gestión de la rabia (IC: $p < 0.001$), mejor adaptación escolar y disminución de síntomas internalizantes y externalizantes (CBCL: $p < 0.001$). También se obtuvo una disminución de los síntomas de depresión de las madres según el BDI. Los resultados se mantuvieron a los 3 meses de seguimiento, y la disminución de los síntomas internalizantes fue incluso mayor a los 3 meses.

1. Introducción

En cambio, el análisis de la significación clínica del cambio mostró solo mejoras entre el 10-24% en manejo de conflictos (10% en el grupo de ECP, 24% RPC, 10% TF), un 5-30% en mejoras de gestión de la rabia durante discusiones (20% en ECP, 29% RPC y 5% TF) y se detectó un aumento de los conflictos en un 10-20% de las familias en el grupo de ECP.

En un estudio posterior se compararon dos tipos de intervenciones familiares (Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001). 97 familias fueron aleatorizadas a: 18 sesiones de entrenamiento en resolución de problemas de comunicación (RP) (N=58) o 9 sesiones de entrenamiento de manejo conductual (ECP) seguidas de 9 sesiones de resolución de problemas y comunicación (N=39). Después de la intervención, los dos tratamientos mostraron disminución de conflictos entre padres y adolescentes (CBQ), disminución de síntomas de TDAH y TND (ADHD and ODD Rating Scale), disminución de la frecuencia de discusiones y mejoras de gestión de la rabia (IC) (madres: $\eta^2= 0.78$, padres: $\eta^2= 0.55$, adolescentes: $\eta^2=0.53$), pero no se observaron diferencias significativas entre grupos. No obstante, de forma similar al estudio anterior (Barkley et al., 1992); solo un 23% de las familias mostraron cambios clínicamente significativos.

Psicoeducación para padres

En un estudio inicial (McCleary & Ridley, 1999), se evaluó la eficacia de un grupo psicoeducativo (N=107 padres de 65 adolescentes). El programa de tratamiento consistió en 10 sesiones psicoeducativas para padres basadas en información sobre el TDAH y manejo de conducta del adolescente (manejo de contingencias, *time-out*, comunicación y resolución de problemas). Los resultados indicaron una disminución significativa de la frecuencia e intensidad de los conflictos entre

1. Introducción

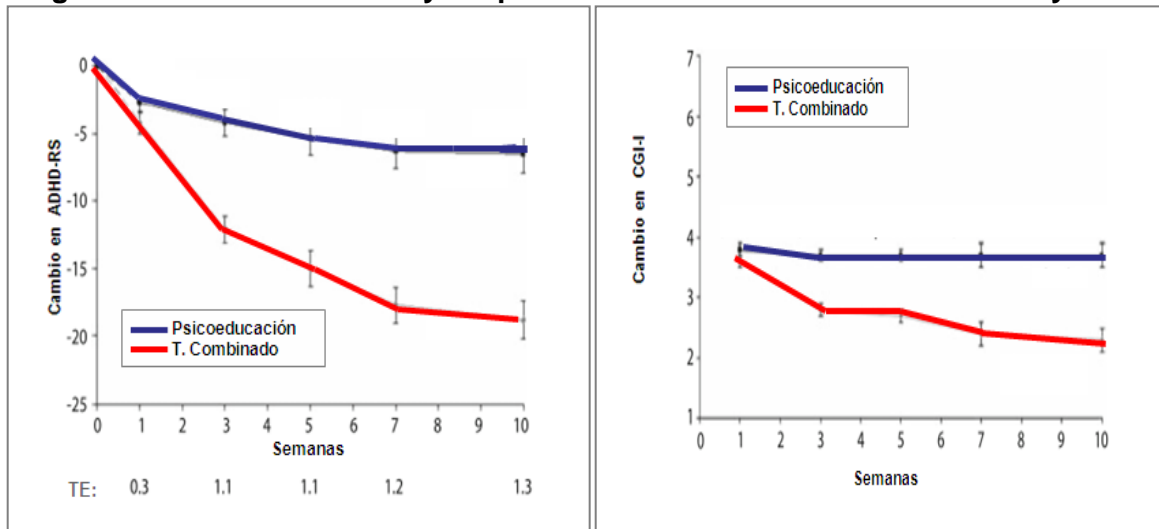
padres y adolescentes (según el IC y CBQ) y disminución de problemas de conducta de los adolescentes (CBQ). A nivel cualitativo, los padres refirieron disminución de sentimientos de culpa, más capacidad para manejar la conducta del adolescente y aumento de autoconfianza.

En 2009, se publicó un ensayo clínico (Svanborg et al., 2009) cuyo objetivo fue comparar un grupo de tratamiento combinado (psicoeducación + atomoxetina) (N=49) y un grupo psicoeducativo con placebo (N=50). En el estudio se incluyeron niños y adolescentes (7-15 años) con de TDAH y que podían presentar presentaban comorbilidad con otros trastornos: 5.1% depresión, 20.2% TND y 14.1% tics. El programa de tratamiento consistió en 4 sesiones de 3 horas de psicoeducación para padres. Los contenidos de la intervención fueron información sobre el TDAH, estrategias de modificación del entorno, estrategias de comunicación e introducción en técnicas de modificación de conducta.

Los pacientes del grupo de tratamiento combinado obtuvieron una mayor disminución de síntomas de TDAH que el grupo placebo (-19 puntos en la ADHD-RS vs. -6.3; $d=1.3$). Un 63.3% de pacientes del grupo combinado y un 14.3% en el grupo placebo obtuvieron una buena respuesta al tratamiento (25-40% de reducción de síntomas de TDAH). El grupo combinado también obtuvo una mayor disminución en la severidad de los síntomas de TDAH (CGI-S, -1.8 puntos vs -0.3 puntos en el grupo psicoeducativo) y los pacientes refirieron índices de mejora más elevados (CGI-I: 2.3 vs. 3.7; $p < 0.001$).

1. Introducción

Figura 10. Diferencias antes y después de la intervención en la ADHD-RS y CGI-I



1.2.3. INTERVENCIONES ESCOLARES

Challenging Horizons Program

Las primeras investigaciones de intervenciones escolares en adolescentes con TDAH son estudios de caso de adolescentes con TDAH: intervenciones directas al adolescente (Stewart, K. G., & McLaughlin, 1992) e intervenciones dirigidas a los profesores (Ervin, DuPaul, Kern, & Friman, 1998;). Ambos estudios de caso reportaron mejoras en la conducta en clase.

El primer estudio piloto es el de Evans et al., (2004) con una muestra de 7 adolescentes (12-14 años). Aplicaron el *Challenging Horizons Program* (CHP) que es una adaptación manualizada del *Summer Treatment Program* (STP) diseñado para población infantil (Pelham, W. E., & Hoza, B 1996). El programa de tratamiento consistía en un programa extraescolar de 6h semanales durante 7

1. Introducción

meses que incluía estrategias educativas (tutorías en relación a las conductas en clase, actividades recreacionales, grupos educativos de estrategias organizacionales, etc.), grupo de habilidades sociales e intervenciones familiares (grupo de padres y *counselling* a las familias).

Al final de la intervención, se observaron mejoras significativas en atención (ADHD-RS Padres: $d=2.61$ y ADHD-RS Profesores: $d=2.84$) y también en hiperactividad con un menor tamaño del efecto (Padres: $d=0.16$ y Profesores: $d=0.9$). En relación al funcionamiento escolar, las mejoras fueron significativas (CIS Padres: $d=0.94$ y CIS Profesores $d=3.51$). En cambio, se observaron TEs menores en autoestima ($d=0.13$), funcionamiento familiar ($d=0.14$) y relación con los iguales ($d=0.54$).

En 2011, el mismo grupo de investigadores (Evans et al., 2011) realizaron un estudio controlado con el mismo programa de tratamiento, pero menos intensivo, 4 horas a la semana durante 5 meses. 49 adolescentes (10-13 años) con TDAH fueron aleatorizados a CHP o a un grupo control que no participaba en ningún tipo de intervención escolar. El 52% de pacientes del grupo de CHP y 62% de los pacientes del grupo control estaban en tratamiento farmacológico para el TDAH.

Al final de la intervención, se observaron diferencias significativas en favor del grupo de CHP en relación a la mejora de rendimiento académico (IRS Padres: $d=0.45$ y CPS: $d=0.23-0.37$). El grupo control empeoró en estas variables. Referente a síntomas de TDAH, el grupo CHP obtuvo una disminución de síntomas de hiperactividad/impulsividad (DBD Padres: $d=1.03$).

1. Introducción

En relación a la intensidad de la intervención, también se ha estudiado la eficacia del mismo programa de tratamiento pero de 2 horas semanales durante 10 semanas (Molina et al., 2008). Los sujetos de esta investigación fueron aleatorizados a un programa extraescolar (N=12) o a un grupo control (N=11). El 36% del grupo control y 25% del grupo de CHP estaban en tratamiento farmacológico.

Se observaron mejoras significativas en el grupo de CHP en relación a síntomas internalizantes reportados por los padres (BASC: $d=0.55$), disminución de repercusión funcional (IRS: $d= 0.71$; en escuela, familia, autoestima y funcionamiento social) y mejora de adaptación escolar y síntomas emocionales según el adolescente como ansiedad, depresión, autoestima y relaciones interpersonales (BASC: $d= 0.59$) mientras que el grupo control no mostró cambio en estas áreas. En relación a problemas de conducta, no se observaron mejoras en el grupo de CHP, pero el grupo control empeoró en este aspecto.

Summer Treatment Program

El objetivo de este estudio (Sibley et al., 2011) fue evaluar la eficacia de un programa de intervención escolar en adolescentes con TDAH (11-16 años) y trastornos comórbidos (47.4% TND, 10.5% trastorno de conducta, 5.3% fobia social) Se trata de un estudio piloto con una muestra de 19 adolescentes. El 73.7% de pacientes estaban en tratamiento farmacológico (15.78% de los cuales empezaron medicación durante la intervención).

1. Introducción

El programa de tratamiento *Summer Treatment Program–Adolescent* (STP-A) (Pelham, W. E., Sibley, M. H., Evans, S. W., Smith, B. H., Gnagy, E. M., & Greiner, 2010) es una adaptación del *Children's Summer Treatment Program* (STP). A diferencia del CHP, no se trata de una intervención extraescolar sino de un programa intensivo de verano donde los adolescentes asistían a diario. Los pacientes asistían a clases que consistían en técnicas de estudio, planificación y conducta en clase (Módulo Académico), tenían encargos a realizar (Motivacional), realizaban actividades recreacionales y deportivas con el objetivo de mejorar habilidades sociales y asistían a un grupo de resolución de problemas (Módulo Relaciones Sociales). A lo largo del programa se aplicaron sistemas de fichas (*Daily Report Cards*) y de reforzamiento mediante *feedback* verbal positivo (*Behavioural Tracking System*) conjuntamente con los padres. Antes de empezar el programa, el equipo de STP-A se reunía con los padres de los adolescentes para planificar de forma conjunta un programa de reforzamiento que tuviera continuidad en casa y durante el programa, los padres asistían semanalmente a un Grupo de Pautas de Conducta.

Los resultados fueron evaluados mediante la *Improvement Rating Scale* (Pelham et al., 2000). Según esta escala, un 52.9% de los padres, 31.6%-73.7% de profesores y un 68.4% de los tutores reportaron menores mejoras que las percibidas por los adolescentes en relación a problemas de conducta, funcionamiento social, inatención, estado de ánimo y rendimiento académico.

Supporting Teens' Academic Needs Daily (STAND)

El objetivo de este estudio (Sibley et al., 2013) fue evaluar la eficacia de una intervención escolar (STAND) en adolescentes con TDAH (11-15 años) en

1. Introducción

comparación con un grupo control. Los pacientes fueron aleatorizados al programa STAND (N=18) o tratamiento habitual (Treatment As Usual TAU, N=18).

El programa de tratamiento se realizó durante 5 meses y consistía en 8 sesiones familiares (con 3 sesiones de resolución de problemas adicionales). Estas sesiones se basaban en los principios de modificación de conducta y monitorización de la actividad escolar del adolescente. También se realizaron 4 sesiones de grupo de padres y tutorías con el profesor del adolescente para coordinar y evaluar conjuntamente la evolución del adolescente en su progreso escolar.

Los resultados indicaron que el grupo que recibió la intervención escolar (STAND) obtuvo mejor rendimiento académico ($d=0.25$), aumento de habilidades de planificación ($d=5.15$) y reducción de problemas escolares ($d=1.3$) según los padres, pero no se observaron diferencias significativas según los profesores. A

nivel sintomático, los padres del grupo STAND reportaron disminución significativa de síntomas de inatención (DBD: $d=1.42$), hiperactividad (DBD: $d=1.20$), y sintomatología negativista desafiante (DBD: $d=0.82$). Los adolescentes del grupo STAND reportaron disminución de conflictos familiares, pero con tamaños del efecto menores (CBQ: $d=0.65$).

1. Introducción

1.2.4. COMPARACIÓN DE ESTUDIOS DE ADOLESCENTES

La mayoría de los estudios de intervenciones psicológicas en población adolescente son programas dirigidos a padres o intervenciones escolares. Los programas dirigidos a padres se centran en el abordaje de síntomas conductuales. Gran parte de las muestras de estos estudios se caracterizan por incluir pacientes que también presentan comorbilidad con TND (Tabla 6) (Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001; Barkley et al., 1992). No obstante, estos programas han mostrado baja eficacia en población adolescente, incluso aumento de conflictos después de intervenciones basadas exclusivamente en pautas de conducta (Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001; Barkley et al., 1992). Un metanálisis reciente observó que si se analizaba el tamaño del efecto de este tipo de intervenciones, solo teniendo en cuenta aquellos estudios que incluían un evaluador ciego al estudio, las intervenciones conductuales para padres con niños/adolescentes con TDAH no mostraban ser significativamente eficaces (Sonuga-Barke et al., 2013).

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS CON TDAH

1. Introducción

Tabla 6. Diseño de los estudios de tratamiento TDAH adolescentes

Tipo de tratamiento	Edades	Evaluador ciego al estudio	Grupo control (Activo, Placebo)	Evaluación seguimiento	Comorbilidad (Internalizante/ Externalizante)	Medicación*
TCC individual	14-18	No	No	No	Ambos	100%
T. Racional-Emotiva	14-17	No	No	No	Externalizante	100% ¹
Psicoeducación **	6-15	Sí	Activo	No	Ambos	100%
Programas Barkley	12-18	No	Activo	2 meses	Sí	49-62%
Challenging Horizons Program **	10-13	No	Activo	No	NR	52-62%
Summer Treatment Program	11-16	No	No	No	Ambos	73.7%
STAND Program	11-15	No	Activo	No	Externalizante	38.9%

Nota: NR (No reportado). *porcentaje de pacientes en tratamiento farmacológico en la muestra total (incluyendo todos los grupos de comparación del estudio).

** datos referidos a los estudios controlados del grupo de investigación

¹ Todos los pacientes del grupo TDAH estaban en tratamiento farmacológico, a diferencia del grupo de Trastorno de Conducta que no tomaban medicación.

En relación a los abordajes psicoeducativos también dirigidos a padres (McCleary & Ridley, 1999; Svanborg et al., 2009) se ha observado como la psicoeducación sin tratamiento farmacológico del adolescente es menos efectiva que un tratamiento combinado en la reducción de síntomas nucleares de TDAH. Resultados similares se han obtenido en población infantil; las investigaciones de intervenciones psicológicas para padres con niños con TDAH indican mejoras de conducta del niño, mayor conocimiento del trastorno, mayor satisfacción del tratamiento, mejora en los trastornos comórbidos y mejor adherencia a la medicación pero se observan escasas mejoras en relación a síntomas nucleares

1. Introducción

del TDAH (Montoya et al., 2011; MTA Cooperative Group, 1999). No obstante, en adolescentes, existen indicios que el tratamiento combinado disminuye también los síntomas nucleares de TDAH (Antshel et al. 2012).

En relación a los contenidos de los programas de tratamiento para adolescentes con TDAH, se observa cómo se hace mayor énfasis en el abordaje de los síntomas de inatención que en la impulsividad o síntomas asociados. Las intervenciones escolares y los programas para padres abordan los síntomas de TDAH de forma indirecta, sin incluir estrategias directas al adolescente de manejo de la atención o de autocontrol de la conducta impulsiva. Los programas de TCC individual (Antshel et al. 2012) o de terapia racional-emotiva grupal (Morris, 1993) tampoco incluyen sesiones específicas de manejo de la impulsividad. No obstante, a diferencia de los programas para padres e intervenciones escolares, abordan síntomas comórbidos (ansiedad y depresión) y síntomas asociados (dificultades de manejo de la rabia y baja autoestima) (Tabla 7). La terapia racional-emotiva ha demostrado no ser eficaz para pacientes con TDAH. Es decir, una intervención centrada solo en el abordaje síntomas asociados (ansiedad, depresión, autoestima, manejo de la rabia y tolerancia a la frustración) sin tratar síntomas de inatención e impulsividad propios del TDAH (Morris 1993) no es suficiente para observar mejoras en adolescentes con TDAH.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS CON TDAH

1. Introducción

Tabla 7. Contenido de los programas de tratamiento TDAH adolescentes

Tipo de tratamiento	Atención**	Impulsividad**	Síntomas comórbidos (Ansiedad/Depresión)	Conducta Disruptiva	Síntomas Asociados (Autoestima/Rabia)	Numero sesiones
TCC individual	Sí	No	Sí	No	Sí	13-16
T. Racional-Emotiva	No	No	Sí	Sí	Sí	24
Psicoeducación	No	No	No	Sí	No	4
Programas Barkley	Indirecta	Indirecta	No	Sí	Indirecta	8-18
Challenging Horizons Program	Indirecta	Indirecta	No	Indirecta	No	4h semana 5 meses Extraescolar
Summer Treatment Program	Indirecta	Indirecta	No	Indirecta	No	8 semanas Intensivo
STAND Program	Indirecta	Indirecta	No	Indirecta	No	12 sesiones (3 opcionales)

Nota: TCC (Terapia Cognitivo-Conductual), STAND (Supporting Teens' Academic Needs Daily)

** En algunos programas de intervención para padres o escolares abordan estos síntomas de forma indirecta, sin abordarlos directamente con el adolescente, en estos casos se ha considerado intervención "indirecta".

En consecuencia, los resultados tanto de las intervenciones escolares como de la TCC individual muestran mayores tamaños del efecto en mejoras de síntomas de atención que de impulsividad (Tabla 8). De forma que actualmente existen escasos tratamientos psicológicos para la impulsividad en adolescentes con TDAH. Además, hay que señalar que en el programa de Antshel, se incluía a los padres en algunas sesiones de tratamiento, de forma que se dispone de escasa evidencia respecto a intervenciones dirigidas directamente al adolescente, siendo la terapia racional-emotiva la única investigación que aborda un programa directo al adolescente y que no incluye a padres o profesores.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS CON TDAH

1. Introducción

Tabla 8. Tamaño del efecto de los estudios de tratamiento psicológico en adolescentes

Tipo intervención	Medidas	Síntomas	TE*
TCC individual	ADHD-RS Padres	Inatención	1.02
	ADHD-RS Padres	Impulsividad	0.41
	ADHD-RS Profesores	Inatención	1.39
	ADHD-RS Profesores	Impulsividad	0.61
	IRS Padres	Rendimiento académico	1.21
	IRS Profesores	Rendimiento académico	1.64
	BASC-Padres	Síntomas Externalizantes	0.85
Programas Barkley	ADHD-RS	Síntomas TDAH	Madres (0.78) Padres (0.55) Adolescentes (0.53)
	ODD-RS	Síntomas TND	
	CBQ	Conflictos familiares	
	IC	Discusiones y gestión rabia	
Challenging Horizons Program (Evans et al. 2004)	ADHD-RS Padres	Inatención	2.61
	ADHD-RS Profesores	Inatención	2.84
	ADHD-RS Padres	Hiperactividad/Impuls	0.16
	ADHD-RS Profesores	Hiperactividad/Impuls	0.9
	CIS Padres	Rendimiento académico	0.94
	CIS Profesores	Rendimiento académico	3.51
Challenging Horizons Program (Evans et al. 2011)	IRS Profesores	Rendimiento académico	0.45
	DBD	Hiperactividad/Impuls	1.03
Challenging Horizons Program (Molina et al. 2008)	BASC-Padres	Síntomas Internalizantes	0.55
	BASC-Adolescentes	Síntomas Internalizantes	0.59
STAND Program (Sibley et al. 2013)	DBD-Padres	Inatención	1.42
	DBD-Padres	Hiperactividad	1.20
	DBD-Padres	Síntomas TND	0.82
	CBQ-Adolescentes	Conflictos familiares	0.65

Nota: TCC (Terapia Cognitivo-Conductual), STAND (Supporting Teens' Academic Needs Daily), ADHD-RS Padres (Attention-deficit/hyperactivity disorder- Rating Scale), IRS (Impairment Rating Scale), BASC-2 (Behaviour Assessment System for Children), ODD-RS (Oppositional Defiant Disorder-Rating Scale), CBQ (Conflict Behaviour Questionnaire), IC (Issues Checklist), CIS (Children's Impairment Scale), DBD (Disruptive Behavior Disorders Questionnaire). * Se han reportado los TE en Cohen's d, excepto los programas de Barkley que utilizan "partial eta square".

1. Introducción

En relación a la edad de los pacientes, tanto los estudios de psicoeducación como los estudios de los programas de Barkley incluyen también niños de 6 a 11 años. De forma similar, las intervenciones escolares, como el *Challenging Horizons Program*, está dirigido a niños y adolescentes de 10-13 años, pero no se dispone de evidencia que este tipo de intervención sea efectiva en adolescentes mayores. Por otra parte, la media de edad de las muestras de las investigaciones de tratamiento psicológico para adultos con TDAH oscilan entre 35.2 (D.T=10.3) (Weiss et al., 2012) y 45.5 (D.T=10) (Safren et al., 2005). Es decir, aunque la mayoría de estudios incluyen pacientes a partir de 18 años (Safren et al., 2010; Solanto et al., 2010; Stevenson et al., 2003, 2002), las medias de edad indican que se incluyen pocos adultos jóvenes en estas muestras. Incluso hay estudios que han incluido pacientes a partir de 21 años (Hirvikoski et al., 2011) o 25 años (Salakari et al., 2010). De forma que la franja de edad entre (15-21 años), que es la que presenta más dificultades de adherencia a los tratamientos, es a la vez, la menos estudiada (McCarthy et al., 2009).

De forma que en comparación con el número de estudios de tratamiento psicológico en niños (Chronis, Jones, & Raggi, 2006) y adultos con TDAH (Vidal-Estrada et al. 2012), la franja de edad de la adolescencia, sobretodo de adolescentes mayores y adultos jóvenes, sigue siendo una población para la cual se dispone de escasos tratamientos psicológicos que hayan demostrado evidencia empírica.

2. HIPÓTESIS

Hipótesis 1: La psicoeducación puede ser igual de eficaz que la TCC grupal en el tratamiento de adultos con TDAH.

Hipótesis 2: La TCC grupal resultará eficaz en el tratamiento de adolescentes y jóvenes con TDAH.

3. OBJETIVOS

Principales:

1. Profundizar en el conocimiento del tratamiento psicológico en adultos y adolescentes con TDAH
2. Evaluar la eficacia de los programas cognitivo-conductuales en formato grupal en adultos y adolescentes con TDAH.
3. Aportar evidencia a programas de tratamiento psicológico estructurados y breves aplicables en la práctica clínica diaria.

Secundarios:

1. Estudiar la eficacia de un programa de TCC grupal en comparación con un programa psicoeducativo en adultos con TDAH
2. Estudiar la eficacia de un programa de TCC grupal en comparación con un grupo control en lista de espera en adolescentes y jóvenes con TDAH.

5. Discusión

4. RESULTADOS

Estudio 1: Vidal R, Bosch R, Nogueira M, Gómez-Barros N, Valero S, Palomar G, Corrales M, Richarte V, Mena B, Casas M, Ramos-Quiroga, JA. Psychoeducation for Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder vs. Cognitive Behavioral Group Therapy: A Randomized Controlled Pilot Study. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013; 201(10):894-900

5. Discusión

Estudio 2: Vidal R, Castells J, Richarte V, Palomar G, Garcia M, Nicolau R, Lazaro L, Casas M, Ramos-Quiroga JA. Group therapy for adolescents with ADHD: A randomized controlled trial. JAACAP. 2015; doi:10.1016/j.jaac.2014.12.016 (en prensa)

5. Discusión

5. DISCUSIÓN

Las guías clínicas recomiendan tratamiento psicológico cognitivo-conductual en adultos con TDAH que siguen presentando síntomas persistentes de TDAH y que no han respondido al tratamiento farmacológico (Nutt et al., 2007; Kooij et al., 2010; NICE, 2008). No obstante, se desconoce cuál es el componente terapéutico que hace que este tipo de intervención sea eficaz. Por otro lado, las guías clínicas también recomiendan abordajes psicológicos en adolescentes con TDAH como tratamiento de primera elección (NICE, 2008). Sin embargo, existen escasos estudios sobre la eficacia de intervenciones psicológicas directas al adolescente.

Los estudios que conforman esta tesis han pretendido aportar más información a estas cuestiones. Los objetivos principales fueron profundizar en el conocimiento del tratamiento psicológico en adultos y adolescentes con TDAH y evaluar la eficacia de programas grupales, estructurados y breves para adultos y adolescentes con TDAH.

Según los datos del primer estudio, y en acorde a la hipótesis 1, un programa psicoeducativo demostró ser igual de eficaz que un programa de TCC en relación a: (1) la disminución de síntomas de TDAH (impulsividad, inatención hiperactividad, inestabilidad afectiva), (2) disminución de síntomas de ansiedad y depresión asociados y (3) mejoras en la calidad de vida de los pacientes. En esta línea, los resultados del programa psicoeducativo y también los del programa de TCC diseñados para el estudio 1 de adultos con TDAH fueron congruentes con los obtenidos en gran parte de los estudios previos de TCC (Rostain & Ramsay, 2006; Safren et al., 2005, 2010; Virta et al., 2010; Emilsson et al., 2011). No obstante, algunos programas de tratamiento previos han demostrado solo eficacia en la disminución de síntomas de inatención (Solanto et al., 2010). O bien estudios de

5. Discusión

rehabilitación cognitiva (Stevenson et al., 2002, 2003) o de TDC (Tatja Hirvikoski et al., 2011) que no han mostrado eficacia en la disminución de sintomatología de ansiedad y depresión. Un estudio publicado posteriormente al Estudio 1 de la presente tesis, también observó como la psicoeducación se asociaba a mejoras en autoestima y disminución de síntomas de depresión y ansiedad (Hirvikoski, Waaler, Lindström, Bölte, & Jokinen, 2014).

Respecto a la hipótesis de algunos autores que afirma que la práctica de estrategias compensatorias para los síntomas de TDAH es el factor que explica la eficacia de la TCC (Knouse & Safren 2010) quedaría cuestionada con los resultados de este estudio. Podría haber otros factores como los efectos inespecíficos de grupo (apoyo, habilidades del terapeuta, etc.) o bien factores psicoeducativos que podrían ser moderadores del cambio y tener un efecto positivo en la mejora del paciente.

Los pacientes con TDAH suelen sufrir estigma por sus dificultades (Mueller, Fuermaier, Koerts, & Tucha, 2012). Los adultos que no han sido correctamente diagnosticados durante la infancia suelen presentar una historia de fracasos y rechazo (Young et al., 2008). Sin una adecuada explicación del trastorno, los pacientes con TDAH pueden percibir que las dificultades relacionadas con el TDAH son defectos personales no relacionados con su trastorno (Fleischmann & Fleischmann, 2012; Young, Bramham, Gray, & Rose, 2008). La psicoeducación puede ayudar a la comprensión de qué es el TDAH (Bramham et al., 2009), aspecto que puede permitir que los pacientes reatribuyan la culpabilidad por sus dificultades al propio trastorno y así mejorar su autoestima. Conclusiones similares se han derivado de estudios previos de TDC donde los pacientes consideraron el componente psicoeducativo de la intervención como el de mayor ayuda, seguido

5. Discusión

del formato grupal y el apoyo del terapeuta (Philipsen et al., 2007). Teniendo en cuenta estos resultados y los obtenidos en el estudio 1, podríamos afirmar que programas psicoeducativos que hacen mayor énfasis en la comprensión del trastorno y que no se basan en práctica de estrategias (a diferencia de la TCC), pueden resultar también eficaces en la reducción de síntomas de TDAH y de síntomas asociados en adultos.

En el segundo estudio, y en acorde a la hipótesis 2, observamos como un grupo de TCC grupal resultó ser eficaz en la disminución de síntomas de TDAH y de su severidad en adolescentes y jóvenes. Estudios previos obtuvieron resultados similares pero con TE menores: $d=0.41-1.02$ en TCC individual (Antshel et al., 2012) y $d=2.61-0.16$ en intervenciones escolares (Evans et al., 2004).

La TCC grupal no obtuvo mejoras significativas en los síntomas asociados de dificultades de manejo de la rabia y sintomatología de ansiedad y depresión, en comparación con el grupo control. Estos resultados podrían explicarse por el bajo índice de síntomas depresivos y de ansiedad en las medidas basales dado que los pacientes que cumplían criterios para un trastorno afectivo o de ansiedad fueron excluidos del estudio. Resultados similares se han observado en programas de *mindfulness* (Zylowska et al., 2008) que han mostrado ser eficaces en la disminución de síntomas nucleares de TDAH pero no en síntomas comórbidos de ansiedad y depresión. También un grupo de terapia racional-emotiva focalizada en el tratamiento de síntomas asociados (ansiedad, depresión, dificultades de manejo de la rabia) no obtuvo mejoras significativas en esta área (Morris, 1993). Estos resultados contrastan con los obtenidos en estudios de población infantil, en los que se ha observado como el tratamiento combinado (intervención psicológica +

5. Discusión

tratamiento farmacológico) es más eficaz en la reducción de síntomas comórbidos y asociados al TDAH que en la disminución de síntomas nucleares del trastorno (Fabiano et al., 2009; MTA Cooperative Group, 1999).

En relación a la repercusión funcional de los síntomas de TDAH, observamos como los padres y el clínico apuntaban a una reducción de la repercusión del trastorno después de la intervención de TCC en comparación con el grupo control. No obstante, los adolescentes del grupo de TCC no reportaron mejoras significativas en comparación con el grupo control y seguían refiriendo repercusión funcional de los síntomas de TDAH. En la misma línea, estudios previos de TCC individual observaron que algunos adolescentes continuaban presentando repercusión funcional significativa de los síntomas de TDAH en al menos algún ámbito (Antshel et al., 2012) según los padres y profesores.

Existen varias limitaciones a considerar en los trabajos presentados. En primer lugar, la exclusión de patologías del Eje I activas en el estudio de adultos (estudio 1) así como el hecho de solo incluir comorbilidad de TND y trastorno de aprendizaje en el estudio de adolescentes (estudio 2) impide la generalización de los resultados a pacientes con comorbilidad. En segundo lugar, se incluyeron pacientes que estaban en tratamiento farmacológico, de forma que desconocemos el efecto de la TCC en pacientes sin medicación. Líneas futuras de investigación deberían incluir también pacientes sin tratamiento farmacológico (Weiss et al., 2012). Aun así, este aspecto refuerza los resultados de los estudios ya que los TE obtenidos podrían haber sido mayores si se hubieran utilizado grupos comparativos que no fueran tratamientos activos como por ejemplo, grupos de relajación en el estudio 1 o en lista de espera sin tratamiento farmacológico en el estudio 2. En tercer lugar, no se ha evaluado el mantenimiento de los cambios,

5. Discusión

tener datos sobre seguimiento podría mejorar el conocimiento de los resultados de las diferentes intervenciones a largo plazo.

A pesar de las limitaciones expuestas, la presente tesis aporta evidencia empírica a tratamientos psicológicos manualizados, breves y de formato grupal que pueden ser aplicables en el sistema sanitario público, pues resultan menos costosos que una terapia individual y permiten ofrecer un tratamiento a un mayor número de pacientes. En este sentido, los estudios que conforman esta tesis doctoral han permitido aportar evidencia a programas de tratamiento psicológico estructurados aplicables en la práctica clínica diaria.

6. CONCLUSIONES

1. La psicoeducación en combinación con tratamiento farmacológico (atomoxetina o metilfenidato) es eficaz en la reducción de síntomas de TDAH, disminución de síntomas de ansiedad y depresión, así como mejora de la calidad de vida y autoestima en pacientes adultos con TDAH.
2. La psicoeducación no muestra diferencias significativas en comparación a la eficacia de una intervención cognitivo-conductual grupal en el tratamiento de adultos con TDAH.
3. La TCC grupal en combinación con tratamiento farmacológico (atomoxetina o metilfenidato) es eficaz en la reducción de síntomas de TDAH y de la severidad del trastorno en adolescentes y jóvenes con TDAH en comparación con un grupo control en tratamiento farmacológico.
4. La TCC grupal no ha demostrado mejoras significativas respecto al tratamiento farmacológico en relación a la disminución de síntomas asociados de ansiedad, depresión o dificultades de manejo de la rabia.
5. Los programas de tratamiento psicológico cognitivo-conductual en formato grupal muestran una buena adherencia tanto en adultos (6.25% de tasa de abandonos) como en adolescentes (10.16% de tasa de abandonos).

7. Bibliografía

7. BIBLIOGRAFIA

- Abikoff, H., & Gittelman, R. (1985). Hyperactive children treated with stimulants. Is cognitive training a useful adjunct? *Archives of General Psychiatry*, 42(10), 953–61.
- Antshel, K. M., & Barkley, R. (2008). Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 421–37.
- Antshel, K.M., Faraone, S.V., & Gordon, M. (2012). Cognitive Behavioral Treatment Outcomes in Adolescent ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18 (6), 483-495.
- APA. (2013). *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Baer, R.A., & Nietzel, M.T. (1991). Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: A meta-analytic review of the outcome literature. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 400–412.
- Bagwell, C.L., Molina, B.S., Pelham, W.E., & Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1285–92.
- Barkley, R.A. (1987). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2001). The executive functions and self-regulation: an evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychology Review*, 11(1), 1–29.
- Barkley, R.A. (2010). Differential diagnosis of adults with ADHD: the role of executive function and self-regulation. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(7), e17.
- Barkley, R.A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 926–41.

7. Bibliografía

- Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192–202.
- Barkley, R. A., Guevremont, D.C., Anastopoulos, A.D., & Fletcher, K.E. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 450–62.
- Barkley, RA, M. K. (2009). Deficient Emotional Self-Regulation in Adults With Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD): The Relative Contributions of Emotional Impulsiveness and ADHD Symptoms to Adaptive Impairments in Major Life Activities. *Journal of ADHD & Related Disorders*, 1(4), 5–28.
- Biederman, J. (2003). Pharmacotherapy for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) decreases the risk for substance abuse: findings from a longitudinal follow-up of youths with and without ADHD. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64 Suppl 1, 3–8.
- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marrs, A., Spencer, T. (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(3), 343–51.
- Biederman, J., Faraone, S. V, Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1792–8.
- Biederman, J., Petty, C. R., Clarke, A., Lomedico, A., & Faraone, S. V. (2011). Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 150–5.
- Biederman, J., Petty, C. R., Evans, M., Small, J., & Faraone, S. V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Research*, 177(3), 299–304.
- Biederman, J., Petty, C. R., Monuteaux, M. C., Fried, R., Byrne, D., Mirto, T., Faraone, S. V. (2010). Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit

7. Bibliografía

- hyperactivity disorder: 11-year follow-up in a longitudinal case-control study. *The American Journal of Psychiatry*, 167(4), 409–17.
- Biederman, J., Petty, C. R., O'Connor, K. B., Hyder, L. L., & Faraone, S. V. (2012). Predictors of persistence in girls with attention deficit hyperactivity disorder: results from an 11-year controlled follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(2), 147–56.
- Bloomquist, M. L., August, G. J., & Ostrander, R. (1991). Effects of a school-based cognitive-behavioral intervention for ADHD children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(5), 591–605.
- Bramham, J., Young, S., Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D., & Xenitidis, K. (2009). Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12(5), 434–41.
- Bussing, R., Zima, B. T., Mason, D. M., Porter, P. C., & Garvan, C. W. (2011). Receiving treatment for attention-deficit hyperactivity disorder: do the perspectives of adolescents matter? *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 49(1), 7–14.
- Charach, A., Ickowicz, A., & Schachar, R. (2004). Stimulant treatment over five years: adherence, effectiveness, and adverse effects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(5), 559–67.
- Charach, A., Yeung, E., Volpe, T., Goodale, T., & Dosreis, S. (2014). Exploring stimulant treatment in ADHD: narratives of young adolescents and their parents. *BMC Psychiatry*, 14(1), 110.
- Childress, A. C., & Sallee, F. R. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder with inadequate response to stimulants: approaches to management. *CNS Drugs*, 28(2), 121–9.
- Chronis, A. M., Jones, H. A., & Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26(4), 486–502.
- Emilsson, B., Gudjonsson, G., Sigurdsson, J. F., Baldursson, G., Einarsson, E., Olafsdottir, H., & Young, S. (2011). Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 11(1), 116.

7. Bibliografía

- Ervin, R. A., DuPaul, G. J., Kern, L., & Friman, P. C. (1998). Classroom-based functional and adjunctive assessments: proactive approaches to intervention selection for adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(1), 65–78.
- Evans, S. W., Axelrod, J., & Langberg, J. M. (2004). Efficacy of a school-based treatment program for middle school youth with ADHD: pilot data. *Behavior Modification*, 28(4), 528–47.
- Evans, S. W., Schultz, B. K., Demars, C. E., & Davis, H. (2011). Effectiveness of the Challenging Horizons After-School Program for young adolescents with ADHD. *Behavior Therapy*, 42(3), 462–74.
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 129–40.
- Faraone, S. V., & Buitelaar, J. (2010). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(4), 353–64.
- Faraone, S. V., & Glatt, S. J. (2010). A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(6), 754–63.
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2(2), 104–13.
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 190, 402–9.
- Fehlings, D. L., Roberts, W., Humphries, T., & Dawe, G. (1991). Attention deficit hyperactivity disorder: does cognitive behavioral therapy improve home behavior? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 12(4), 223–8.

7. Bibliografía

- Fleischmann, A., & Fleischmann, R.H. (2012). Advantages of an ADHD diagnosis in adulthood: evidence from online narratives. *Qualitative Health Research*, 22(11), 1486–96.
- Goodwin, R.E., Corgiat, M.D. (1992). Cognitive rehabilitation of adult attention deficit disorder: a case study. *Journal of Cognitive Rehabilitation*, 28–35.
- Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M., & Ebert, D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(4), 177–84.
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., Nordström, A.L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 175–85.
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Lindström, T., Bölte, S., & Jokinen, J. (2014). Cognitive behavior therapy-based psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): an open clinical feasibility trial. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*.
- Hodgson, K., Hutchinson, A. D., & Denson, L. (2014). Nonpharmacological Treatments for ADHD: A Meta-Analytic Review. *Journal of Attention Disorders*, 18(4), 275–82.
- Holmbeck, G. E., Greenley, R. N., & Franks, E. A. (2003). Developmental issues and considerations in research and practice. In *In A. Kazdin & J. R. Weisz (Ed.), Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 103–144). New York: Guilford.
- Kendall, P. C., & Braswell, L. (1982). Cognitive-behavioral self-control therapy for children: a components analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(5), 672–89.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Connors, C. K., Demler, O., Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716–23.

7. Bibliografía

- Knouse, L. E., & Safren, S. A. (2010). Current status of cognitive behavioral therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 497–509.
- Kolar, D., Keller, A., Golfinopoulos, M., Cumyn, L., Syer, C., & Hechtman, L. (2008). Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(1), 107–21.
- Kooij, S. J. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 10(1), 67.
- Kratochvil, C. J., Wilens, T. E., & Upadhyaya, H. (2006). Pharmacological management of a youth with ADHD, marijuana use, and mood symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(9), 1138–41.
- Langley, K., Fowler, T., Ford, T., Thapar, A. K., van den Bree, M., Harold, G., Thapar, A. (2010). Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 196(3), 235–40.
- Lara, C., Fayyad, J., de Graaf, R., Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M., Sampson, N. (2009). Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological Psychiatry*, 65(1), 46–54.
- Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 328–41.
- Linehan M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- McCarthy, S., Asherson, P., Coghill, D., Hollis, C., Murray, M., Potts, L., Wong, I. C. K. (2009). Attention-deficit hyperactivity disorder: treatment discontinuation in adolescents and young adults. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 194(3), 273–7.

7. Bibliografía

- McCleary, L., & Ridley, T. (1999). Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 3–10.
- McGough, J. J., Smalley, S. L., McCracken, J. T., Yang, M., Del'Homme, M., Lynn, D. E., & Loo, S. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *The American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1621–7.
- Mikami, A. Y., Calhoun, C. D., & Abikoff, H. B. (2010). Positive illusory bias and response to behavioral treatment among children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 39(3), 373–85.
- Miller, T. W., Nigg, J. T., & Faraone, S. V. (2007). Axis I and II comorbidity in adults with ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 519–28.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, J. T. (2010). Behavioral approach in ADHD: testing a motivational dysfunction hypothesis. *Journal of Attention Disorders*, 13(6), 609–17.
- Molina, B. S. G., Flory, K., Bukstein, O. G., Greiner, A. R., Baker, J. L., Krug, V., & 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), 207–17.
- Molina, B. S. G., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., Houck, P. R. (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(5), 484–500.
- Mongia, M., & Hechtman, L. (2012). Cognitive behavior therapy for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a review of recent randomized controlled trials. *Current Psychiatry Reports*, 14(5), 561–7.
- Montano, C. B., & Young, J. (2012). Discontinuity in the transition from pediatric to adult health care for patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Postgraduate Medicine*, 124(5), 23–32.

7. Bibliografía

- Montoya, a, Colom, F., & Ferrin, M. (2011). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 26(3), 166–75.
- Morris, G. B. (1993). A rational-emotive treatment program with conduct disorder and attention-deficit hyperactivity disorder adolescents. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 11, 123–133.
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073–86.
- Mueller, A. K., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J., & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4(3), 101–14.
- Murphy, K. (2005). Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults: a practice-friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 61(5), 607–19.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). London.
- Newark, P. E., & Stieglitz, R.-D. (2010). Therapy-relevant factors in adult ADHD from a cognitive behavioural perspective. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(2), 59–72.
- Nigg, J. T., & Casey, B. J. (2005). An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Development and Psychopathology*, 17(3), 785–806.
- Norwalk, K., Norvilitis, J. M., & MacLean, M. G. (2009). ADHD symptomatology and its relationship to factors associated with college adjustment. *Journal of Attention Disorders*, 13(3), 251–8.
- Nutt, D. J., Fone, K., Asherson, P., Bramble, D., Hill, P., Matthews, K., Young, S. (2007). Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and

7. Bibliografía

- in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 21(1), 10–41.
- Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Greiner, A. R., Hoza, B., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., & McBurnett, K. (2000). Behavioral versus behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending a summer treatment program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 507–25.
- Pelham, W. E., & Hoza, B. (1996). *Intensive treatment: A summer treatment program for children with ADHD*. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 311–340). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pelham, W. E., Sibley, M. H., Evans, S. W., Smith, B. H., Gnagy, E. M., & Greiner, A. R. (2010). *Summer treatment program for adolescents*. (U. manual (available from the Authors, Ed.).
- Philipsen, A. (2012). Psychotherapy in adult attention deficit hyperactivity disorder: implications for treatment and research. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(10), 1217–25.
- Philipsen, A., Graf, E., Tebartz van Elst, L., Jans, T., Warnke, A., Hessler, B., Berger, M. (2010). Evaluation of the efficacy and effectiveness of a structured disorder tailored psychotherapy in ADHD in adults: study protocol of a randomized controlled multicentre trial. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 203–12.
- Philipsen, A., Richter, H., Peters, J., Alm, B., Sobanski, E., Colla, M., Hessler, 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), 1013–9.
- Pliszka, S. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894–921.
- Prevatt, F., Proctor, B., Best, L., Baker, L., Van Walker, J., & Taylor, N. W. (2012). The positive illusory bias: does it explain self-evaluations in college students with ADHD? *Journal of Attention Disorders*, 16(3), 235–43.

7. Bibliografía

- Ramsay, J.R. (2007). Current status of cognitive-behavioral therapy as a psychosocial treatment for adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 9(5), 427–33.
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2005). Adapting Psychotherapy to Meet the Needs of Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 72–84.
- Ratey, J. J., Greenberg, M. S., Bemporad, J. R., & Lindem, K. J. (1992). Unrecognized attention-deficit hyperactivity disorder in adults presenting for outpatient psychotherapy. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2(4), 267–75.
- Ratey, J. J., Hallowell, E., & Miler, A. (1997). Psychosocial issues and psychotherapy in adults with attention deficit disorder. *Psychiatric Annals*, 27, 582–587.
- Retz, W., Stieglitz, R.-D., Corbisiero, S., Retz-Junginger, P., & Rösler, M. (2012). Emotional dysregulation in adult ADHD: What is the empirical evidence? *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(10), 1241–51.
- Robb, A., & Findling, R. L. (2013). Challenges in the transition of care for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Postgraduate Medicine*, 125(4), 131–40.
- Robin, A. L., & Foster, S. (1989). *Negotiating parent-adolescent conflict*. New York: Guilford Press.
- Rostain, A. L., & Ramsay, J. R. (2006). A combined treatment approach for adults with ADHD: results of an open study of 43 patients. *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 150–9.
- Safren, S. A, Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E., & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43(7), 831–42.
- Safren, S. A, Sprich, S., Mimiaga, M. J., Surman, C., Knouse, L., Groves, M., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 304(8), 875–80.

7. Bibliografía

- Safren, S.A., Perlman, C.A., Sprich, S., Otto, W.M. (2005). *Mastering Your Adult ADHD: A Cognitive-Behavioral Treatment Program*. New York: Oxford University Press.
- Salakari, A., Virta, M., Grönroos, N., Chydenius, E., Partinen, M., Vataja, R., et al. (2010). Cognitive-behaviorally-oriented group rehabilitation of adults with ADHD: results of a 6-month follow-up. *Journal of Attention Disorders*, 13(5), 516–23.
- Schoenberg, P. L. A., Hepark, S., Kan, C. C., Barendregt, H. P., Buitelaar, J. K., & Speckens, A. E. M. (2014). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on neurophysiological correlates of performance monitoring in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Neurophysiology: Official Journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*, 125(7), 1407-16.
- Sibley, M. H., Kuriyan, A. B., Evans, S. W., Waxmonsky, J. G., & Smith, B. H. (2014). Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: An updated systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 218–232.
- Sibley, M. H., Pelham, W. E., Derefinko, K. J., Kuriyan, A. B., Sanchez, F., & Graziano, P. A. (2013). A Pilot Trial of Supporting teens' Academic Needs Daily (STAND): A Parent-Adolescent Collaborative Intervention for ADHD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4), 436-449.
- Sibley, M. H., Pelham, W. E., Evans, S. W., Gnagy, E. M., Ross, J. M., & Greiner, A. R. (2011). An Evaluation of a Summer Treatment Program for Adolescents With ADHD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 530–544.
- Skirrow, C., & Asherson, P. (2013). Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 80–6.
- Smith, B. H., Waschbusch, D. A., Willoughby, M. T., & Evans, S. (2000). The efficacy, safety, and practicality of treatments for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(4), 243–67.
- Solanto M.V. (2011). *Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD: Targeting Executive Dysfunction*. New York: The Guilford Press.

7. Bibliografía

- Solanto, M. V, Marks, D. J., Mitchell, K. J., Wasserstein, J., & Kofman, M. D. (2008). Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 728-36.
- Solanto, M. V, Marks, D. J., Wasserstein, J., Mitchell, K., Abikoff, H., Alvir, J. M. J., & Kofman, M. D. (2010). Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *The American Journal of Psychiatry*, 167(8), 958-68.
- Sonuga-Barke, E. J. S. (2003). The dual pathway model of ADHD: an elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27(7), 593-604.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., Sergeant, J. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *The American Journal of Psychiatry*, 170(3), 275–89.
- Stevenson, C. S., Stevenson, R. J., & Whitmont, S. (2003). A self-directed psychosocial intervention with minimal therapist contact for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(2), 93–101.
- Stevenson, C. S., Whitmont, S., Bornholt, L., Livesey, D., & Stevenson, R. J. (2002). A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(5), 610–6.
- Stewart, K. G., & McLaughlin, T. F. (1992). Self-recording: Effects on reducing off-task behavior with a high school student with attention-deficit hyperactivity disorder. *Child & Family Behavior Therapy*, 14(3), 53–59.
- Storebo, O. J., Skoog, M., Damm, D., Thomsen, P. H., Simonsen, E., & Gluud, C. (2011). Social skills training for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD008223.
- Surman, C. B., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C. A., McDermott, K. M., & Faraone, S. V. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5(3), 273–81.

7. Bibliografía

- Svanborg, P., Thernlund, G., Gustafsson, P. a, Hägglöf, B., Poole, L., & Kadesjö, B. (2009). Efficacy and safety of atomoxetine as add-on to psychoeducation in the treatment of attention deficit/hyperactivity disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study in stimulant-naïve Swedish children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(4), 240–9.
- Swanson, J. (2003). Compliance with stimulants for attention-deficit/hyperactivity disorder: issues and approaches for improvement. *CNS Drugs*, 17(2), 117–31.
- Swift, K. D., Hall, C. L., Marimuttu, V., Redstone, L., Sayal, K., & Hollis, C. (2013). Transition to adult mental health services for young people with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a qualitative analysis of their experiences. *BMC Psychiatry*, 13, 74.
- Taylor, N., Fauset, A., & Harpin, V. (2010). Young adults with ADHD: an analysis of their service needs on transfer to adult services. *Archives of Disease in Childhood*, 95(7), 513-7.
- Thompson, A. L., Molina, B. S. G., Pelham, W., & Gnagy, E. M. (2007). Risky driving in adolescents and young adults with childhood ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(7), 745-59.
- Topolski, T. D., Edwards, T. C., Patrick, D. L., Varley, P., Way, M. E., & Buesching, D. P. (2004). Quality of life of adolescent males with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 7(3), 163-73.
- Vidal-Estrada, R., Bosch-Munso, R., Nogueira-Morais, M., Casas-Brugue, M., & Ramos-Quiroga, J. A. (2012). Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(3), 147–54.
- Virta, M., Salakari, A., Antila, M., Chydenius, E., Partinen, M., Kaski, M., Iivanainen, M. (2010). Short cognitive behavioral therapy and cognitive training for adults with ADHD: a randomized controlled pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6(1), 443–53.
- Virta, M., Vedenpää, A., Grönroos, N., Chydenius, E., Partinen, M., Vataja, R., et al. (2008). Adults with ADHD benefit from cognitive-behaviorally oriented group rehabilitation: a study of 29 participants. *Journal of Attention Disorders*, 12(3), 218–26.

7. Bibliografía

- Volkow, N. D., Wang, G.J., Newcorn, J. H., Kollins, S. H., Wigal, T. L., Telang, F., et al. (2010). Motivation deficit in ADHD is associated with dysfunction of the dopamine reward pathway. *Molecular Psychiatry*, 1–8.
- Weinstein, C. S. (1994). Cognitive remediation strategies: an adjunct to the psychotherapy of adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3(1), 44–57.
- Weiss, M., & Hechtman, L. (2006). A randomized double-blind trial of paroxetine and/or dextroamphetamine and problem-focused therapy for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 611–9.
- Weiss, M., Murray, C., Wasdell, M., Greenfield, B., Giles, L., & Hechtman, L. (2012). A randomized controlled trial of CBT therapy for adults with ADHD with and without medication. *BMC Psychiatry*, 12(1), 30.
- Weiss, M., Safren, S. a, Solanto, M. V, Hechtman, L., Rostain, A. L., Ramsay, J. R., & Murray, C. (2008). Research forum on psychological treatment of adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 642–51.
- Wiggins D., Singh, K., Getz, H. G., & Hutchins, D. E. (1999). Effects of a brief group intervention for adults with ADHD. *J Ment Heal Couns*, 21(1), 82–92.
- Wilens, T. E., Mcdermott, S. P., & Spencer, T. J. (1999). Cognitive Therapy in the Treatment of Adults With ADHD: A Systematic Chart Review of 26 Cases, 13(3).
- Young, S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*, 38(4), 809–816.
- Young, S., & Amarasinghe, J. M. (2010). Practitioner review: Non-pharmacological treatments for ADHD: a lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51(2), 116–33.
- Young, S., Bramham, J., Gray, K., & Rose, E. (2008). The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: a qualitative study of clinically referred patients using interpretative phenomenological analysis. *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 493–503.

7. Bibliografía

- Young, S., Chadwick, O., Heptinstall, E., Taylor, E., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2005). The adolescent outcome of hyperactive girls. Self-reported interpersonal relationships and coping mechanisms. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(5), 245–53.
- Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J. A. (2011). Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD003018.
- Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S., et al. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: a feasibility study. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 737–46.

8. Anexo

ANEXO

Artículo Anexo: Vidal R, Bosch R, Nogueira M, Casas M, Ramos-Quiroga JA. Psychological treatment of ADHD in adults: a systematic review. Actas Esp Psiquiatr. 2012 May; 40(3):147-54.