

RELIGACIÓN

R E V I S T A

Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: una revisión sistemática

Empirically supported psychological treatments for attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review

Allison Catalina Calle Chamorro, Geovanny Genaro Reivan Ortiz

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una condición neurobiológica que persiste en la adultez y se caracteriza por dificultades atencionales e hiperactividad/impulsividad. Aunque el tratamiento farmacológico es de base, las intervenciones psicoterapéuticas han cobrado especial relevancia por sus beneficios en la regulación emocional y el funcionamiento ejecutivo. El objetivo de esta investigación fue analizar los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para el TDAH en adultos mediante una revisión sistemática. Se siguieron los criterios de PRISMA 2020 y CONSORT 2010 para evaluar la calidad y el sesgo; empleando Rayyan en el cribado. La búsqueda se realizó en Scopus, Cochrane Library, PubMed y ScienceDirect, incluyendo ensayos clínicos aleatorizados publicados entre 2010 y 2025 sobre intervenciones psicológicas en adultos con TDAH sin comorbilidades. Se incluyeron 27 estudios. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) mostró reducciones consistentes en inatención, impulsividad y síntomas emocionales, con efectos sostenidos; la Terapia Dialéctica Conductual y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness evidenciaron mejoras en función ejecutiva, atención y control inhibitorio; Neurofeedback y programas alternativos aportaron beneficios específicos, sin impacto en síntomas centrales. La evidencia respalda a la TCC como una de las intervenciones psicológicas de primera elección para el tratamiento multimodal debido a su alta reproducibilidad.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; Adulto; Psicoterapia; Revisión sistemática

Allison Catalina Calle Chamorro

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | allison.calle.35@est.ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-4094-9571>

Geovanny Genaro Reivan Ortiz

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | greivano@ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-0643-8022>

<http://doi.org/10.46652/rgn.v11i49.1582>
ISSN 2477-9083
Vol. 11 No. 49, enero-marzo, 2026, e2601582
Quito, Ecuador

Enviado: junio 30, 2025
Aceptado: septiembre 04, 2025
Publicado: noviembre 10, 2025
Publicación Continua



Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurobiological condition that persists into adulthood and is characterized by deficits in attention and the presence of hyperactivity/impulsivity. Although pharmacological treatment is the basis of treatment, in recent years psychotherapeutic interventions have gained particular relevance due to their secondary benefits, such as emotional regulation and improved executive functioning. The objective of this research was to analyze empirically supported psychological treatments for ADHD in adults through a systematic review. The PRISMA 2020 criteria were applied as a methodological guide and CONSORT 2010 to assess the quality and risk of bias of the included studies, in addition to the use of Rayyan for the screening process. An exhaustive search was conducted in Scopus, Cochrane Library, PubMed, and ScienceDirect, which concluded on January 13, 2025. Randomized clinical trials published between 2010 and 2025 that evaluated psychological interventions for adults with ADHD without other comorbidities, published in English and/or Spanish, and with access to full text were included. As a result, 27 studies evaluating various treatment modalities were selected. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) showed consistent reductions in inattention, impulsivity, and emotional symptoms, with sustained effects. Dialectical Behavioral Therapy (DBT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) showed improvements in executive function, attention, and inhibitory control. Neurofeedback and alternative programs such as "Cogmed," "PEGASUS," Occupational Intervention, Goal Management Training, and Online Self-Guided Intervention provided specific benefits without impacting core symptoms. The evidence supports CBT as one of the psychological interventions of first choice for multimodal treatment in adults with ADHD, due to its high reproducibility. In general, the trials were of adequate methodological quality, despite the heterogeneity of the interventions. This review did not receive external funding.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder; Adult; Psychotherapy; Systematic review

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una condición neurobiológica que afecta el desarrollo y funcionamiento cerebral, caracterizándose por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad que conduce a dificultades para funcionar social, académica o profesionalmente (Yan, 2024). Aunque se manifiesta principalmente en la infancia, se estima que entre el 4 % y el 5 % de los adultos que lo padecen han experimentado síntomas que repercuten en su calidad de vida (Baji et al., 2024).

Desde una perspectiva histórica, el TDAH ha sido objeto de investigación desde mediados del siglo XIX, cuando Heinrich Hoffman (1844, como se citó en Hou, 2023) fue el primero en describir las características de este trastorno, mientras que, en 1902, George Still lo conceptualizó como un defecto del carácter moral (Skoglund et al., 2022). Hasta que actualmente ha sido descrito en el DSM-5 como un trastorno con tres presentaciones predominantes: falta de atención, hiperactividad/impulsividad y presentación combinada (Wu, 2024).

La prevalencia global del TDAH en adultos se sitúa alrededor del 3.10 % (Ayano et al., 2023), dicha condición presenta características específicas que la diferencian de las manifestaciones infantiles. Entre los síntomas predominantes destacan: la falta de atención, la impulsividad y la desregulación emocional, que se vuelven más prominentes a medida que la hiperactividad tiende a disminuir; además, estos adultos con frecuencia se enfrentan a comorbilidades, como trastornos por consumo de sustancias, problemas de sueño, trastornos de ansiedad y depresión, complicando

el diagnóstico y el tratamiento (Asherson et al., 2024; Chen, 2024). Debido a las dificultades provocadas por este trastorno, el abordaje del TDAH en la edad adulta incluye estrategias de tratamiento multimodales, farmacológica y de psicoterapia para atender los síntomas principales y sus características asociadas (Gonda et al., 2024).

Los tratamientos farmacológicos para el TDAH son de base, ya que permiten la regulación neurológica, incluyen el uso de psicoestimulantes (como metilfenidato y anfetaminas) y no estimulantes (como atomoxetina, agonistas adrenérgicos alfa-2, antidepresivos tricíclicos, bupropión, modafinilo y venlafaxina); no obstante, a pesar de ser la modalidad de tratamiento habitual en adultos, se destaca la importancia de las intervenciones no farmacológicas como complemento efectivo (Wakelin et al., 2023).

La intervención psicológica se define como una forma de tratamiento individual y colaborativo, orientada a aliviar las consecuencias de las afecciones psicológicas, fomentar el bienestar integral y potenciar los recursos personales; además, se desarrolla dentro de un marco cultural y social donde se enfatiza tanto la participación activa del paciente como del terapeuta (Flückiger et al., 2024).

Además, se destaca por su potencial para abordar los síntomas centrales como: (a) falta de atención, manifestada en dificultades para mantener la concentración durante tareas laborales o académicas, problemas de organización y una marcada susceptibilidad a la distracción por estímulos externos; (b) impulsividad, evidenciada en la toma de decisiones apresuradas que impactan diversos ámbitos, incluyendo las relaciones interpersonales, las finanzas y el desempeño laboral (Johnson et al., 2021).

Estas manifestaciones se acompañan de dificultades asociadas como: (a) procrastinación crónica, que trasciende la mera gestión temporal y refleja desafíos más profundos en la autorregulación; (b) desregulación emocional, caracterizada por reacciones intensificadas ante estresores cotidianos y conflictos en las relaciones personales y entornos profesionales; (c) aumento del estrés, derivado de los desafíos que plantean la falta de atención, la impulsividad y la desregulación emocional (Chen, 2024).

A partir de ello, se realiza un análisis profundo de los resultados, incluyendo los efectos clínicos y funcionales para responder a la pregunta: En adultos con TDAH, ¿la adición de tratamientos psicológicos empíricamente apoyados al tratamiento habitual mejora sus síntomas nucleares y/o asociados?

Finalmente, a pesar de los avances reportados, persisten importantes brechas entre la investigación y la práctica clínica, en consecuencia, la evidencia actual sugiere que el consenso es ambiguo sobre qué tratamientos son los más eficaces para el TDAH en adultos. Por tanto, esta investigación tiene como objetivo analizar los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para el TDAH en adultos mediante una revisión sistemática.

Metodología

Diseño

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo de corte descriptivo.

Procedimiento

Esta revisión sistemática se llevó a cabo siguiendo las directrices de la declaración PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), una actualización de la versión de 2009 que incorpora avances metodológicos en la identificación, selección, evaluación y síntesis de estudios; además, garantiza una documentación transparente y rigurosa del proceso de revisión, facilitando su publicación y divulgación (Page et al., 2021).

Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos científicas Scopus, Cochrane Library, PubMed y ScienceDirect. Se utilizó la herramienta Rayyan para acelerar el proceso de cribado mediante la revisión inicial de resúmenes y títulos que cumplan con los criterios de inclusión, cuyo proceso semiautomatizado permitió descartar los estudios duplicados y facilitó la revisión de la información desde sus fuentes principales (Ouzzani et al., 2016). Por otro lado, la revisión a texto completo se ejecutó luego de seleccionar los estudios que cumplieran con los criterios de inclusión, analizando únicamente ensayos clínicos aleatorizados (ECA) para asegurar la calidad metodológica. La resolución de conflictos se lo realizó consultando con otro revisor para llegar a acuerdos.

Criterios de inclusión y exclusión

La búsqueda realizada en las bases de datos científicas consideró los siguientes criterios de inclusión: (1) ensayos clínicos que aplicaron tratamientos psicológicos para el TDAH en adultos (+18 años de edad) sin otra comorbilidad; (2) estudios publicados en inglés y/o español, por la amplia disponibilidad de evidencia en estos idiomas; (3) documentos de acceso a texto completo. Se excluyeron: (1) literatura gris, revisiones narrativas, sistemáticas, y metaanálisis por no ser investigaciones primarias; (2) estudios no relacionados con tratamientos psicológicos para el TDAH en adultos; (3) estudios que incluyeran población infantil o adolescente; (4) estudios con acceso restringido o que no estuvieran disponibles en texto completo, ya que impedían el análisis exhaustivo de la información.

Selección de estudios

La estrategia de investigación (palabras clave y estrategia de búsqueda) para cada base de datos fue descrita en la tabla 1:

Tabla 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros
Scopus	(ALL ("Psychological Treatment") OR ALL("Non-pharmacological treatment") AND TITLE-ABS-KEY ("Attention Deficit Hyperactivity Disorder") OR TITLE-ABS-KEY("ADHD") AND TITLE-ABS-KEY(adult*) AND TITLE-ABS-KEY("Clinical Trials")) AND PUBYEAR > 2010 AND PUBYEAR < 2025 AND (LIMIT-TO (DOCTYPE,"ar")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE,"English")) AND (LIMIT-TO (OA,"all"))	(a) Años: rango entre 2010-2025; (b) Acceso: Todo acceso abierto; (c) Tipo de documento: Artículo; (d) Idioma: Inglés.
Cochrane Library	"Psychological treatment" OR "Non-pharmacological treatment" in All Text AND "Attention Deficit Hyperactivity Disorder" or ADHD in Title Abstract Keyword AND adult* in Title Abstract Keyword - with Publication Year from 2010 to 2025, in Trials	(a) Años: rango entre 2010-2025; (b) Tipo de artículo: Ensayos; (c) Idioma: Inglés.
PubMed	((("Psychological Treatment") OR (("Non-pharmacological treatment"))) AND (("Attention Deficit Hyperactivity Disorder"))) OR (("ADHD")) AND ((adult*))	(a) Años: rango entre 2010-2025; (b) Disponibilidad de texto: Texto completo; (c) Tipo de artículo: Ensayo clínico; (d) Idioma: Inglés y Español; (e) Edad: Adulto: 19+ años.
ScienceDirect	("Psychological Treatment" OR "Non-pharmacological treatment") AND ("Attention Deficit Hyperactivity Disorder" OR "ADHD") AND (adult OR adults) AND ("Clinical Trials")	(a) Años: rango entre 2010-2025; (b) Tipo de acceso: Acceso abierto y archivo abierto; (c) Tipo de artículo: Artículos de investigación; (d) Idioma: Inglés y Español.

Fuente: elaboración propia

Nota. La investigación se realizó el 13 de enero de 2025.

Evaluación de la calidad de los estudios

La calidad se evaluó utilizando CONSORT 2010 (Consolidated Standards of Reporting Trials), definido como una declaración desarrollada por un grupo internacional de expertos para mejorar la calidad de los ensayos clínicos aleatorizados. Consiste en una lista de comprobación de 25 ítems diseñada para publicar de manera más transparente y precisa los métodos y resultados de los estudios (Moher et al., 2024).

Desarrollo

Descripción de los estudios seleccionados

Se identificó un total de $n = 1,099$ estudios a través de las siguientes bases de datos: Scopus ($n = 47$), Cochrane Library ($n = 426$), PubMed ($n = 557$) y ScienceDirect ($n = 69$). Tras eliminar $n = 214$ artículos duplicados, se cribaron $n = 885$ estudios mediante la revisión de títulos, resúmenes y palabras claves. Durante esta etapa, se excluyeron $n = 845$ estudios por las siguientes razones: tratamientos no psicológicos para el TDAH en adultos ($n = 480$), población no relevante (niños, adolescentes o padres/madres con hijos con TDAH) ($n = 141$), estudios sobre condiciones

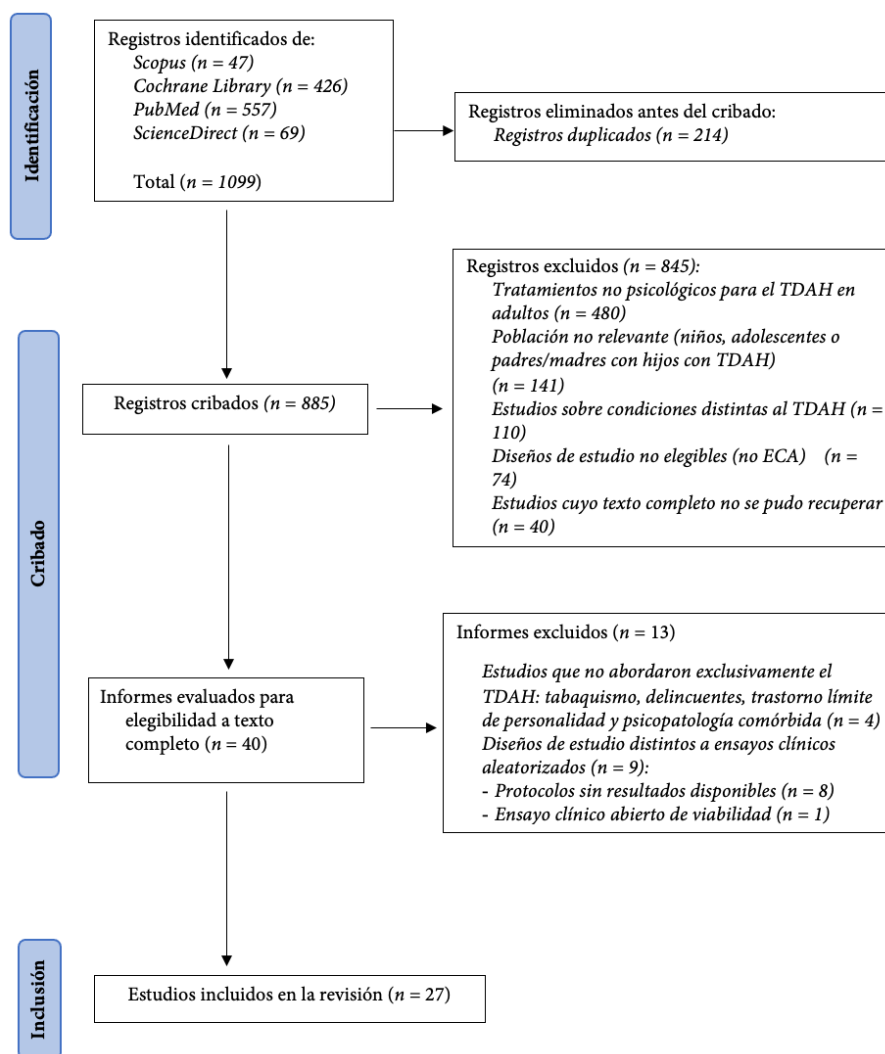
distintas al TDAH ($n = 110$), diseños de estudio no elegibles (no ECA) ($n = 74$) y estudios cuyo texto completo no se pudo recuperar ($n = 40$).

De un total de $n = 40$ estudios analizados a texto completo, se eliminan $n = 13$ estudios que aparentemente cumplían con los criterios de inclusión, de estos, $n = 4$ fueron descartados por no abordar exclusivamente el TDAH, sino también tabaquismo, delincuencia, trastorno límite de personalidad y psicopatología comórbida: McClernon et al. (2011), exploraban los síntomas de abstinencia al tabaquismo en fumadores con y sin TDAH. Por su parte, Young et al. (2012), evaluaban un programa de habilidades cognitivas en delincuentes con trastornos de la personalidad y TDAH. Kulacaoglu et al. (2017), en cambio, estudiaban la relación entre impulsividad y síntomas de TDAH en mujeres con trastorno límite de la personalidad. Y aunque el estudio de Young et al. (2017), incluyó adultos con TDAH, la muestra presentó una alta tasa de psicopatología comórbida como: depresión, ansiedad, historia de abuso de sustancias, trastornos de personalidad, trastorno de estrés postraumático, historia de trastorno de la conducta alimentaria, y síndrome de Asperger en la infancia.

$n = 9$ estudios fueron excluidos por tener diseños de estudio distintos a ensayos clínicos aleatorizados: $n = 8$ correspondían a protocolos de investigación que aún no presentaban resultados disponibles como: Mayer et al. (2015); Pan et al. (2020); Pheh et al. (2021); Forsström et al. (2023); Lindvall et al. (2023); Martin-Moratinos et al. (2024); Mauche et al. (2024); López-Pinar et al. (2024). El estudio restante $n = 1$ de Carroll et al. (2023), era un ensayo clínico abierto de viabilidad.

Como resultado de la depuración se evaluaron $n = 27$ ensayos clínicos aleatorizados a texto completo que cumplieron con los criterios de inclusión y formaron parte de la síntesis (véase Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo de búsqueda



Fuente: elaboración propia

Los estudios fueron publicados entre 2010 y 2024, y el tamaño de las muestras varió significativamente, con estudios que incluyeron desde 13 hasta 433 participantes, cuyas edades fluctuaron entre los 18 y los 58 años de edad. Las intervenciones se aplicaron en formato individual y grupal, ya sea de manera presencial o a través de plataformas digitales (véase Tabla 2).

Además, para la síntesis de los estudios incluidos, se agruparon según el tipo de intervención psicológica, clasificándolas de acuerdo al enfoque terapéutico al que pertenecían, como: la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC); la Terapia Dialéctica Conductual (TDC); la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM); el Neurofeedback; y otras intervenciones no tradicionales como: psicoeducación, entrenamiento en memoria de trabajo, intervención ocupacional personalizada, intervención autoguiada basada en una combinación de elementos de TCC, TDC y Entrenamiento en Gestión de Objetivos (EGO); además de un estudio que aplicó exclusivamente EGO.

Tabla 2. Ensayos clínicos aleatorizados de tratamientos psicológicos para el TDAH en adulto presentado de acuerdo al tipo de intervención

N.	Referencia	Objetivo	Diseño	Muestra del grupo de intervención	Síntomas	Tratamiento	Resultados
1	(Solanto et al., 2010)	Evaluar la eficacia de la TMC para adultos con TDAH.	ECA	$n = 88$ ($n = 45$ en TMC y $n = 43$ en psicoterapia de apoyo).	Inatención Depresión Ansiedad	TMC Psicoterapia de apoyo.	12 semanas: 42.2 % en TMC vs. 12 % en psicoterapia de apoyo. TMC redujo más la inatención y problemas de planificación (5.0 vs. 2.3). No hubo diferencias en depresión o ansiedad.
2	(Pettersson et al., 2014).	Evaluar dos formatos de TCC (autoguiada vs. sesiones grupales) frente a lista de espera en adultos con TDAH.	ECA	$n = 45$ ($n = 13$ en TCC online autoguiada, $n = 14$ en TCC grupal online/presencial y $n = 18$ en lista de espera).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Depresión Ansiedad Calidad de vida disminuida.	TCC	10 semanas: TCC autoguiada redujo más síntomas que lista de espera ($d = 1.07$), mientras que TCC grupal no mostró diferencias ($d = 0.62$). 6 meses: las mejoras de TCC autoguiada se mantuvieron. No hubo cambios significativos en depresión, ansiedad o calidad de vida.
3	(Philipsen et al., 2015).	Evaluar la eficacia de la TCC grupal en comparación con el MCI y metilfenidato en comparación con el placebo.	ECA-M	$n = 419$ ($n = 103$ TCC + metilfenidato, $n = 106$ TCC + placebo, $n = 107$ MCI + metilfenidato, $n = 103$ MCI + placebo).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Débil autoconcepto Depresión	TCC TCC + metilfenidato MCI MCI + metilfenidato	3-9 meses: MCI + metilfenidato redujo más los síntomas que MCI + placebo (47.4 % vs. 32.5 % de respuesta). TCC + metilfenidato y TCC + placebo fueron similares (29.7 % vs. 24.4 % respondedores). 1 año: todos los grupos mejoraron (44.1 % y 52.9 % respondedores). TCC grupal mostró mayor mejoría en bienestar general que el MCI. Depresión: no cambió significativamente en ningún grupo.
4	(Huang et al., 2017).	Evaluar la eficacia de la TCC en adultos chinos con TDAH.	ECA	$n = 108$ ($n = 43$ en TCC + sesiones de refuerzo, $n = 43$ en TCC sin refuerzo y $n = 22$ en lista de espera).	Inatención Impulsividad Estado de ánimo Autoestima baja Menor calidad de vida	TCC con y sin refuerzo	12 semanas: 60.6 % respondedores en TCC vs. 18.8 % lista de espera. Mejoría en inatención y funciones ejecutivas. Refuerzo: no mostró beneficio adicional significativo a 24 semanas.

N.	Referencia	Objetivo	Diseño	Muestra del grupo de intervención	Síntomas	Tratamiento	Resultados
5	(Nakashima et al., 2021).	Evaluar un programa de TCC grupal en manejo del tiempo en adultos con TDAH.	ECA-P	$n = 48$ ($n = 24$ en TCC grupal y $n = 24$ en tratamiento habitual).	Inatención /memoria Discapacidad laboral Severidad clínica global	TCC Tratamiento habitual (medicación o psicoeducación)	8 sesiones: TCC redujo síntomas de inatención/memoria ($d = 0.95$), severidad clínica ($d = 2.47$) y discapacidad laboral ($d = 1.02$) frente a tratamiento habitual. Mejoras mantenidas a 8 meses; familiares reportaron cambios positivos ($d = 0.39$).
N.	Referencia	Objetivo	Diseño	Muestra del grupo de intervención	Síntomas	Tratamiento	Resultados
6	(Nasri et al., 2023).	Comparar la TCC online con relajación aplicada online y tratamiento habitual en adultos con TDAH.	ECA	$n = 104$ ($n = 36$ en TCC online y $n = 37$ en relajación aplicada online y $n = 31$ en tratamiento habitual).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Depresión Estrés Calidad de vida deteriorada Mal funcionamiento diario	TCC Relajación Tratamiento habitual (medicación y/o atención psiquiátrica)	25 % respondedores en TCC online y 25 % en relajación aplicada vs. 3% en tratamiento habitual. Ambos redujeron síntomas de TDAH con efectos mantenidos hasta 12 meses. TCC online mostró mejoras adicionales en depresión, estrés y funcionamiento diario frente a tratamiento habitual.
7	(Cherkasova et al., 2016).	Comparar efectos de TCC sola vs TCC combinada con medicación sobre síntomas de TDAH y resultados funcionales en adultos.	ECA	$n = 88$ ($n = 46$ en TCC sola y $n = 42$ en TCC + medicación).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Falta de habilidades organizativas Autoestima baja	TCC TCC + medicación	Ambos grupos redujeron significativamente los síntomas de TDAH, pero la combinación TCC + medicación mostró mayor mejoría al final del tratamiento (17.06 vs. 23.98 en TCC sola). Mejores puntajes en organización (10.82 vs. 15.00) y autoestima (30.96 vs. 37.15). 6 meses: las diferencias entre grupos disminuyeron.
8	(Safren et al., 2010).	Probar la TCC para el TDAH en adultos medicados con síntomas persistentes.	ECA-M	$n = 86$ asignados a TCC o a relajación con apoyo educativo.	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Funcionamiento global reducido	TCC + medicación Relajación con apoyo educativo + medicación	67 % respondieron a TCC vs. 33 % en relajación con apoyo educativo. Reducción de síntomas de TDAH y mejora en Impresión Clínica Global.

N.	Referencia	Objetivo	Diseño	Muestra del grupo de intervención	Síntomas	Tratamiento	Resultados
9	(Emilsson et al., 2011).	Evaluar la eficacia de la TCC grupal para adultos con TDAH en tratamiento farmacológico.	ECA	$n = 54$ divididos ($n = 27$ en TCC grupal + fármacos y $n = 27$ tratamiento habitual + fármacos).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Ansiedad Depresión Disfuncionalidad social	TCC + fármacos Tratamiento habitual + fármacos	TCC + fármacos redujo más los síntomas de TDAH que el tratamiento habitual + fármacos (40.02 a 29.88 vs. 38.16 a 35.94), con efectos mantenidos a 3 meses. 3 meses: TCC también mostró mejoras en depresión, ansiedad, control emocional y funcionamiento social, no vistas en el grupo control.
10	(Weiss et al., 2012).	Evaluar si añadir fármacos (dextroanfetamina) a la TCC mejora más que TCC + placebo en adultos con TDAH.	ECA	$n = 48$ ($n = 23$ en TCC + fármacos y $n = 25$ en TCC + placebo).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Funcionamiento global disminuido	TCC + fármacos TCC + placebo	Ambos grupos redujeron síntomas de TDAH (TCC + fármacos 33.35 a 20.87 y TCC + placebo 32.68 a 23.56), sin diferencias significativas. En la muestra total, 63% respondió al tratamiento y 47% alcanzó remisión. Funcionamiento mejoró en ambos grupos.
11	(Corbisie-ro et al., 2018).	Comparar la TCC + fármacos frente a solo fármacos en adultos con TDAH.	ECA	$n = 43$ ($n = 20$ en TCC + fármacos y $n = 23$ en manejo clínico + fármacos).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Síntomas emocionales	TCC + fármacos Manejo clínico + fármacos	Ambos grupos mejoraron en síntomas de TDAH (TCC + fármacos: 0.52 vs. manejo clínico + fármacos: 0.59) y en síntomas emocionales (0.51 vs. 0.56).
N.	Referencia	Objetivo	Diseño	Muestra del grupo de intervención	Síntomas	Tratamiento	Resultados
12	(Lam et al., 2019).	Evaluar los efectos a largo plazo de un tratamiento multimodal para TDAH en adultos	ECA-M	$n = 433$ ($n = 64$ en TCC grupal + metilfenidato, $n = 67$ en TCC grupal + placebo, $n = 70$ en MCI + metilfenidato y $n = 55$ en MCI + placebo).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Labilidad emocional	TCC grupal + metilfenidato TCC grupal + placebo MCI + metilfenidato MCI + placebo	1.5 años: ambos grupos redujeron síntomas de TDAH y síntomas emocionales, sin diferencias entre TCC grupal (14.2) y MCI (14.7). La medicación mostró ventaja sobre placebo (metilfenidato: 13.8 vs. placebo: 15.2).

N.	Referencia	Objetivo	Diseño	Muestra del grupo de intervención	Síntomas	Tratamiento	Resultados
13	(Pan et al., 2024).	Evaluar la eficacia a largo plazo de la TCC en adultos con TDAH en tratamiento farmacológico.	ECA	$n = 98$ ($n = 49$ en TCC + medicación y $n = 49$ en medicación).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Síntomatología depresiva Cogniciones desadaptativas	TCC + medicación Medicación	1 año: los síntomas de TDAH bajaron de 25.8 a 18.3 en TCC + medicación vs. 23.5 a 21.2 en medicación sola. Depresión 41.7 a 37.5 en TCC + medicación vs. 41.6 a 42.2 en control. Calidad de vida 46.2 a 53.1 en TCC vs. 46.8 a 46.9 en control. Las cogniciones mejoraron dentro de TCC, pero sin diferencia con control.
14	(Fleming et al., 2014).	Evaluar la eficacia del entrenamiento en habilidades basado en TDC en estudiantes universitarios con TDAH.	ECA-P	$n = 33$ divididos ($n = 17$ en TDC y $n = 16$ con folletos de habilidades).	Inatención Impulsividad Función ejecutiva deficiente Calidad de vida disminuida	TDC Autoayuda con un folleto de habilidades	Tasa de respuesta: 59-65 % en el grupo de TDC vs. 19-25 % en autoayuda. Tasa de recuperación clínica: 53 a 59 % en TDC vs. 6-13 % en autoayuda. Función ejecutiva: 65 % con TDC vs. 19 % con autoayuda. Calidad de vida aumentó en el grupo TDC (54.59 a 67.09).
15	(Halmøy et al., 2022).	Comparar la TDC grupal con el tratamiento habitual en adultos con TDAH.	ECA-M	$n = 121$ ($n = 60$ en TDC grupal y $n = 61$ en tratamiento habitual).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Función ejecutiva alterada Depresión Ansiedad Calidad de vida afectada	TDC Tratamiento habitual (medicación + psicoeducación)	Síntomas de TDAH bajaron 7.9 puntos en TDC vs. 0.2 en tratamiento habitual. 74.0 % de TDC mejoró funciones ejecutivas vs. 53.8 % en tratamiento habitual. Depresión mejoró (-6.4 vs. -0.3) y calidad de vida aumentó (+9.0 vs. -1.48). Los efectos se mantuvieron a 6 meses. Ansiedad: no hubo diferencias significativas entre grupos.
16	(Hepark et al., 2015).	Examinar la eficacia de TCBM en adultos con TDAH.	ECA-Pr	$n = 103$ ($n = 55$ en TCBM, $n = 48$ en lista de espera).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Función ejecutiva Ansiedad Depresión	TCBM	12 semanas: 43.2 % respondedores en TCBM vs. 3 % en lista de espera, con reducción de síntomas de TDAH ($d = 0.66$) y mejoras en función ejecutiva ($d = 0.43$ a 0.93). Sin diferencias en depresión ni ansiedad.

N.	Referencia	Objetivo	Diseño	Muestra del grupo de intervención	Síntomas	Tratamiento	Resultados
17	(Gu et al., 2016).	Evaluar la eficacia de la TCBM en estudiantes universitarios con TDAH.	ECA	$n = 54$ ($n = 28$ en TCBM y $n = 26$ en lista de espera).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Ansiedad Depresión Problemas de atención sostenida	TCBM	6 semanas: 57 % respondedores en TCBM vs. 23 % en lista de espera; 71 % vs. 31 % a 3 meses, con reducción de síntomas de TDAH y mejoras en atención y mindfulness ($d = 1.06$ a 1.30). Ansiedad disminuyó significativamente, mientras que la depresión no mostró cambios globales significativos.
18	(Geurts et al., 2022).	Evaluar si la inhibición pavloviana puede mejorarse con TCBM en adultos con TDAH.	ECA	$n = 50$ ($n = 24$ en TCBM + tratamiento habitual y $n = 26$ en tratamiento habitual).	Inatención e impulsividad Problemas en la inhibición pavloviana	TCBM Tratamiento habitual (fármacos + psicoeducación)	8 semanas: TCBM + TAU mostró mayor reducción de síntomas de TDAH [$F(1,48) = 5.2$, $p = 0.028$] y aumentó la inhibición aversiva en la frente a tratamiento habitual.
19	(Zilverstam et al., 2017).	Evaluar si el entrenamiento en NFB con resonancia magnética funcional puede aumentar la activación de la corteza cingulada anterior en adultos con TDAH.	ECA-SC	$n = 13$ ($n = 7$ NFB en tiempo real y $n = 6$ NFB simulado).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Memoria de trabajo	NFB con y sin retroalimentación activa.	No hubo diferencias significativas en los síntomas de TDAH, en inatención: NFB 7.0 a 6.0 vs. control 6.3 a 6.7; impulsividad: NFB 5.0 a 4.4 vs. control 5.2 a 5.3; solo NFB mejoró memoria de trabajo (67 % a 76 %) y control inhibitorio (2.8 % a 1.1 %); ambos grupos aumentaron activación de la corteza desde la tercera sesión ($p < 0.05$).
20	(Barth et al., 2021).	Comparar el NFB de potenciales corticales lentos y espectroscopia funcional con un control de BF.	ECA	$n = 67$ ($n = 26$ en NFB de potencial cortical lento; $n = 21$ en NFB usando espectroscopia de infrarrojo cercano; $n = 20$ en BF de electromiografía).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad	NFB potenciales corticales lentos NFB basado en espectroscopia BF de electromiografía	Los tres grupos redujeron de forma similar los síntomas de TDAH ($p < 0.001$). El 61.9 % de los participantes en NFB basado en espectroscopia y el 30.8 % en NFB de potenciales corticales lentos lograron “aprender” a controlar su señal cerebral. Solo los aprendices de NFB basado en espectroscopia mostraron mayor reducción de síntomas globales en el seguimiento ($H = 13.28$, $p = 0.010$).

N.	Referencia	Objetivo	Diseño	Muestra del grupo de intervención	Síntomas	Tratamiento	Resultados
21	(Hirvikoski et al., 2017).	Examinar la viabilidad, la eficacia y la efectividad de PEGASUS en adultos con TDAH y sus familiares.	ECA-M	$n = 179$ ($n = 97$ en PEGASUS; $n = 48$ con TDAH y 49 familiares; $n = 82$ en tratamiento habitual; $n = 39$ con TDAH y $n = 43$ familiares).	Falta de comprensión de trastorno Insatisfacción con la vida Ansiedad Depresión	PEGASUS Tratamiento habitual (medicación + psicoeducación).	PEGASUS aumentó el conocimiento sobre TDAH ($d = 0.97$), mejoró levemente la satisfacción vital ($d = 0.25$) y redujo la carga de los cuidadores ($p = 0.047$), sin cambios en síntomas principales ni en ansiedad o depresión
22	(Gutman et al., 2020).	Determinar si una intervención ocupacional personalizada puede reducir el estrés percibido y los síntomas del TDAH.	ECA	$n = 23$ ($n = 11$ en intervención ocupacional personalizada y $n = 12$ grupo control/sin intervención).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Estrés	Intervención ocupacional personalizada	La intervención ocupacional redujo el estrés y los síntomas de TDAH. El 90.9 % de las participantes tuvo un cambio clínico en funcionamiento, frente a 0% en el grupo control.
23	(Dentz et al., 2017).	Evaluar si Cogmed mejora la capacidad de trabajo en adultos con TDAH.	ECA	$n = 44$ ($n = 23$ en Cogmed y $n = 21$ en placebo).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Disminuida memoria de trabajo (verbal y visoespacial)	Cogmed Placebo (versión de baja intensidad del entrenamiento)	Cogmed mostró mayor mejoría en memoria de trabajo que el placebo [$F(2,20) = 17.48$, $p < .001$], con efectos mantenidos a los 6 meses. En cambio, en síntomas de TDAH no hubo diferencias entre grupos.
24	(Salmi et al., 2020).	Determinar los efectos del EMT en la actividad cerebral de adultos con TDAH.	ECA	$n = 44$ ($n = 22$ en EMT y $n = 22$ control activo).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Actividad cerebral afectada	EMT Videojuego: "Bejeweled II"	El EMT mejoró el rendimiento en la tarea entrenada frente al control activo. En las neuroimágenes se observó que el grupo EMT moduló la actividad cerebral en redes frontoparietales y de saliencia. No hubo cambios significativos en síntomas de TDAH.

N.	Referencia	Objetivo	Diseño	Muestra del grupo de intervención	Síntomas	Tratamiento	Resultados
25	(Tolonen et al., 2024).	Evaluar si la conectividad es modificable mediante EMT en adultos con TDAH.	ECA	$n = 42$ ($n = 21$ en EMT y $n = 21$ control activo).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Memoria de trabajo (verbal y visoespacial)	EMT Videojuego: "Bejeweled II"	Preentrenamiento: el grupo experimental tuvo menos conectividad cerebral en redes de memoria de trabajo que los controles ($p \leq 0.03$). 5 semanas: sin diferencias entre el grupo con entrenamiento y el grupo control en síntomas de TDAH ni en la conectividad cerebral (todas $p > 0.09$).
26	(Hanssen et al., 2023).	Evaluar los efectos de EGO en adultos con TDAH.	ECA	$n = 81$ ($n = 41$ en EGO y $n = 40$ en tratamiento habitual).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Función ejecutiva alterada Ansiedad Depresión	EGO Tratamiento habitual (seguimiento estándar)	Función ejecutiva: ambos grupos mejoraron (EGO: 74.71 a 69.93; tratamiento habitual: 76.26 a 73.29). Ansiedad disminuyó en EGO: 2.14 a 1.82, mientras aumentó en tratamiento habitual: 2.18 a 2.21. Síntomas de TDAH: bajaron en ambos grupos (EGO: 48.09 a 43.39; tratamiento habitual: 51.43 a 47.59).
27	(Kenter et al., 2023).	Eficacia de una intervención auto-guiada online para adultos con TDAH.	ECA	$n = 120$ ($n = 61$ en intervención auto-guiada y $n = 59$ en psicoeducación).	Inatención Hiperactividad/Impulsividad Calidad de vida deteriorada	Intervención auto-guiada Psicoeducación	8 semanas: 4.5% respondedores en intervención auto-guiada vs. 10.8% en psicoeducación. 3 meses: 58.8% vs. 15.2%. Reducción significativa en síntomas de TDAH ($d = 0.70-0.76$) y mejora en calidad de vida ($d = 0.53$).

Fuente: elaboración propia

Nota. TCC: Terapia Cognitivo Conductual, TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado, TMC: Terapia Meta Cognitiva, TDC: Terapia Dialéctico Conductual, ECA-P: Ensayo Clínico Aleatorizado Piloto, ECA-Pr: Ensayo Clínico Aleatorizado Preliminar, TCBM: Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, MCI: Manejo Clínico Individual, ECA-M: Ensayo Clínico Aleatorizado Multicéntrico, ECA-SC: Ensayo Clínico Aleatorizado Simple Ciego, NFB: Neurofeedback, EMT: Entrenamiento en Memoria de Trabajo, BF: biofeedback, EGO: Entrenamiento en Gestión de Objetivos.

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos

La valoración del riesgo de sesgo se basó en los resultados obtenidos a través de CONSORT 2010, cuyos ítems permiten identificar señales de posible sesgo en el diseño, la implementación y el reporte de los resultados. El nivel de sesgo fue determinado considerando el porcentaje total de cumplimiento de los 25 ítems de esta herramienta, clasificándose como sin sesgo (SS) a los

estudios con 100 % de cumplimiento, riesgo bajo de sesgo (RB) a aquellos con un cumplimiento superior a 75 %, y riesgo alto de sesgo (RA) a aquellos con menos del 50 % (no se identificaron estudios en esta última categoría).

De los 27 estudios incluidos (Lam et al., 2019; Philipsen et al., 2015; Safren et al., 2010), fueron clasificados como sin sesgo, al cumplir todos los criterios establecidos. Los 24 estudios restantes fueron categorizados como riesgo bajo de sesgo, con puntajes que oscilaron entre el 84 % y el 98 %. Además, los aspectos metodológicos que más contribuyeron a la aparición de sesgo fueron la falta de información sobre el cálculo del tamaño muestral, la generación y ocultamiento de la secuencia aleatoria, y la implementación del proceso de aleatorización. En menor medida, se identificaron omisiones en el registro del protocolo de investigación y en la declaración de fuentes de financiamiento lo que puede llegar a comprometer la transparencia y replicabilidad de los estudios (véase Tabla 3).

Tabla 3. Evaluación de la calidad de los estudios según la lista de verificación CONSORT

		Título: Identificación del Diseño	Resumen: Estructurado y Completo	Introducción: Antecedentes	Introducción: Objetivos e Hipótesis	Métodos: Descripción del Diseño	Métodos: Participantes y Criterios de Elección	Métodos: Intervenciones	Métodos: Evaluaciones de los Resultados	Métodos: Cálculo del Tamaño Muestral	Métodos: Generación de la Secuencia Aleatoria	Métodos: Implementación	Métodos: Análisis Estadístico	Resultados: Flujo de Participantes	Resultados: Números analizados	Resultados: Estimación	Discusión: Limitaciones	Discusión: Generalización y Aplicabilidad	Discusión: Interpretación de los Resultados	Otros: Registro, Protocolo y Fuentes de Financiamiento	Puntaje total	Nivel de sesgo
1	(Solanto et al., 2010)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(?)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	22.5	90 % (RB)
2	(Petersson et al., 2014)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	23.5	94 % (RB)
3	(Philipsen et al., 2015)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	25	100 % (SS)
4	(Huang et al., 2017)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(?)	(+)	(+)	(+)	23.5	94 % (RB)
5	(Nakashima et al., 2021)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(?)	(?)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	22.5	90 % (RB)
6	(Nasri et al., 2023)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(?)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	23.5	94 % (RB)
7	(Cherkasova et al., 2016)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	24	96 % (RB)
8	(Saftin et al., 2010)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(?)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	25	100 % (SS)
9	(Emilsson et al., 2011)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(?)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	23.5	94 % (RB)
10	(Weiss et al., 2012)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(?)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	23	92 % (RB)
11	(Corbisiero et al., 2018)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(?)	(P)	(?)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	22	88 % (RB)
12	(Lam et al., 2019)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	25	100 % (SS)
13	(Pan et al., 2024)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(?)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	23.5	94 % (RB)
14	(Fleming et al., 2014)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(?)	(?)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	22.5	90 % (RB)
15	(Halimoy et al., 2022)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(?)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	23	92 % (RB)
16	(Heppark et al., 2015)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(P)	(P)	(+)	(P)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	22.5	90 % (RB)
17	(Gu et al., 2016)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(?)	(?)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	22	88 % (RB)
18	(Geurts et al., 2022)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(?)	(?)	(?)	(+)	(P)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	21	84 % (RB)
19	(Zilverstund et al., 2017)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(?)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	23.5	94 % (RB)
20	(Barth et al., 2021)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	24.5	98 % (RB)
21	(Hirvikoski et al., 2017)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(?)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	23	92 % (RB)

		Título: Identificación del Diseño	Resumen: Estructurado y Completo	Introducción: Antecedentes	Introducción: Objetivos e Hipótesis	Métodos: Descripción del Diseño	Métodos: Participantes y Criterios de Elección	Métodos: Intervenciones	Métodos: Evaluaciones de los Resultados	Métodos: Cálculo del Tamaño Muestral	Métodos: Generación de la Secuencia Aleatoria	Métodos: Implementación	Métodos: Análisis Estadístico	Resultados: Flujo de Participantes	Resultados: Números analizados	Resultados: Estimación	Discusión: Limitaciones	Discusión: Generalización y Aplicabilidad	Discusión: Interpretación de los Resultados	Otros: Registro, Protocolo y Fuentes de Financiamiento	Puntaje total	Nivel de sesgo
22	(Gutman et al., 2020)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(?)	(+)	(P)	(+)	(P)	(P)	(+)	(+)	(?)	21	84 % (RB)
23	(Dentz et al., 2017)	(?)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	23.5	94 % (RB)
24	(Salmi et al., 2020)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(P)	(P)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	23	92 % (RB)
25	(Tononen et al., 2024)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(?)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	23.5	94 % (RB)
26	(Hansen et al., 2023)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(?)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	23	92 % (RB)
27	(Kenter et al., 2023)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(?)	(+)	(P)	(+)	(?)	(+)	(+)	(+)	(+)	22	88 % (RB)

Fuente: elaboración propia

Nota. (+) Celda de color verde: presentado-reportado. (P) Celda de color gris: presentado parcialmente o reportado con algunas limitaciones. (?) Celda de color blanco: no presente o no reportado.

Nota. Puntaje total: puntaje de aciertos. Nivel de sesgo: (SS) sin sesgo. (RB) riesgo bajo de sesgo. (RA) Riesgo alto de sesgo.

Tratamientos empíricos basados en Terapia Cognitivo Conductual

En el estudio realizado por Solanto et al. (2010), llevaron a cabo un ensayo clínico con $n = 88$ adultos para evaluar la eficacia de la Terapia Meta-Cognitiva que es una variante de la TCC centrada en habilidades de organización y planificación de tiempo, cuyos participantes fueron asignados aleatoriamente a TMC y a psicoterapia de apoyo. Como resultado el 42.2 % de quienes recibieron TMC en formato grupal durante 12 semanas presentaron disminución de síntomas de inatención y planificación (5.0 vs. 2.3), en comparación con el 12 % del grupo control. No se observaron diferencias en depresión o ansiedad.

Por otro lado, Pettersson et al. (2014), buscaron evaluar la TCC a través de una plataforma en línea, aplicando la intervención en $n = 45$ adultos con TDAH, comparando tres condiciones: TCC online autoguiada, TCC con acompañamiento grupal online/presencial y lista de espera. Tras 10 semanas, la TCC autoguiada redujo de forma significativa los síntomas de TDAH frente a la lista de espera ($d = 1.07$), mientras que la modalidad grupal no mostró diferencias relevantes ($d = 0.62$). A los 6 meses, las mejoras de la TCC autoguiada se mantuvieron. No se encontraron cambios significativos en depresión, ansiedad o calidad de vida en ninguno de los grupos.

Por su parte, Philipsen et al. (2015), realizaron un estudio con enfoque en una intervención multimodal, comparando psicoterapia grupal basada en TCC con Manejo Clínico Individual y metilfenidato con placebo en $n = 419$ adultos con TDAH. Tras 12 sesiones semanales seguidas de 9 sesiones mensuales, se observó que MCI + metilfenidato fue superior a MCI + placebo (47.4 % vs. 32.5 %) en la reducción de síntomas de TDAH; sin embargo, TCC + metilfenidato y TCC + placebo obtuvieron valores de 29.7 % vs. 24.4 %, y 1 año después todos los grupos mejoraron. Además, la TCC grupal mostró mejoría en bienestar general (autoaceptación, autoestima, y habilidades de afrontamiento) a diferencia del MCI, aunque los síntomas depresivos no cambiaron en ningún grupo.

Huang et al. (2017), estudiaron a $n = 108$ adultos en China, evaluando la eficacia de la TCC grupal con y sin sesiones de refuerzo durante 12 semanas, seguido de un periodo de seguimiento de 24 semanas vs. lista de espera. Los resultados mostraron que el grupo que recibió solo TCC mejoró en los síntomas nucleares del TDAH, especialmente en inatención, con un 60.6 % de respondedores frente al 18.8 % en la lista de espera. También se observaron beneficios en la función ejecutiva y el control de impulsos, aunque no hubo cambios relevantes en el estado de ánimo, autoestima ni calidad de vida. En el seguimiento a 24 semanas, no se observaron diferencias destacables entre quienes recibieron o no sesiones de refuerzo.

De manera similar, Nakashima et al. (2021), evaluaron un programa grupal de TCC enfocado en el manejo del tiempo en adultos con TDAH. La muestra estuvo compuesta por $n = 48$ participantes, asignados aleatoriamente a TCC grupal o a tratamiento habitual (tratamiento farmacológico o psicoeducación), quienes recibieron 8 sesiones grupales de 120 minutos. Los resultados mostraron que el grupo de TCC redujo significativamente los síntomas de inatención/memoria ($d = 0.95$), la severidad clínica global ($d = 2.47$) y la discapacidad laboral ($d = 1.02$) en comparación con el tratamiento habitual, con mejoras mantenidas a los 8 meses. Además, los familiares también reportaron cambios positivos ($d = 0.39$) corroborando los resultados.

Nasri et al. (2023), realizaron un ensayo con $n = 104$ adultos, comparando la TCC en línea con la relajación aplicada en línea y el tratamiento habitual (tratamiento farmacológico y/o psiquiátrico), obteniendo como resultado que, a las 12 semanas, el 25 % de los participantes en TCC y el 25 % en relajación fueron respondedores, frente a solo un 3 % en tratamiento habitual, con efectos mantenidos hasta los 12 meses de seguimiento. Aunque no hubo diferencias significativas en las dos intervenciones, la TCC mostró mejoras adicionales en depresión, estrés percibido y funcionamiento diario.

Cherkasova et al. (2016), estudiaron la combinación de TCC y medicación en $n = 88$ adultos, comparando esa intervención conjunta con la TCC sola. Los miembros de los grupos fueron asignados aleatoriamente y recibieron 12 sesiones semanales de TCC, con seguimientos a los 3 y 6 meses. Encontrando que el grupo que recibió TCC y medicación mostró una reducción mayor de los síntomas de TDAH (17.06 vs. 23.98 en TCC sola), así como mejores puntajes en organización (10.82 vs. 15.00) y autoestima (30.96 vs. 37.15). Sin embargo, las diferencias entre grupos tendieron a disminuir en el seguimiento.

Por otro lado, Safren et al. (2010), probaron la TCC en adultos con TDAH que recibían medicación. Se incluyeron $n = 86$ participantes asignados aleatoriamente a 12 sesiones individuales de TCC o a un programa de relajación con apoyo educativo. Los resultados indicaron que el 67 % del grupo TCC fueron clasificados como respondedores, en comparación con el 33 % del grupo de relajación. Asimismo, la TCC mostró mejoras en Impresión Clínica Global y redujo los síntomas de inatención e impulsividad en comparación con la relajación, manteniendo sus efectos hasta los 12 meses de seguimiento.

En el caso de Emilsson et al. (2011), examinaron la eficacia de la TCC en $n = 54$ adultos con TDAH que recibían medicación; esta investigación se centró en la aplicación de la TCC grupal durante 15 sesiones a lo largo de 8 semanas vs. tratamiento habitual. Los participantes que fueron asignados a recibir TCC grupal con medicación disminuyeron los síntomas de TDAH (40.02 a 29.88) frente a cambios menores en el tratamiento habitual con medicación (38.16 a 35.94). Además, la TCC mantuvo mejoras en depresión, ansiedad, control emocional y funcionamiento social a los 3 meses de seguimiento.

La relación entre la TCC y la medicación también fue explorada por Weiss et al. (2012), quienes llevaron a cabo un ensayo con $n = 48$ adultos para determinar si la combinación de TCC y farmacoterapia mejoraba los resultados clínicos en comparación de TCC + placebo; es así que, tras 9 sesiones individuales y un seguimiento de 20 semanas, ambos grupos redujeron los síntomas (TCC + fármacos 33.35 a 20.87 y TCC + placebo 32.68 a 23.56), pero sin diferencias significativas entre ellos. En el total de la muestra, un 63% cumplió criterios de respuesta clínica y un 47% alcanzó remisión al final del tratamiento. También se observó mejoría en el funcionamiento en ambos grupos, sin diferencias por medicación.

En el estudio de Corbisiero et al. (2018), se examinó el impacto de la combinación de TCC y farmacoterapia en $n = 43$ adultos con TDAH, comparando su eficacia frente a la medicación con manejo clínico estándar. Ambos grupos recibieron un máximo de 12 sesiones individuales durante 10 a 12 semanas. Al finalizar el tratamiento, las dos intervenciones mostraron resultados similares en la mejora de síntomas de TDAH (TCC + fármacos: 0.52 vs. manejo clínico + fármacos: 0.59); así como en síntomas emocionales (0.51 vs. 0.56).

Lam et al. (2019), realizaron una de las investigaciones más amplias hasta la fecha, donde examinaron los efectos a largo plazo de la TCC en un ensayo clínico multicéntrico con $n = 433$ adultos con TDAH, divididos en: TCC grupal + metilfenidato, TCC grupal + placebo, MCI+ metilfenidato y MCI + placebo. Tras un tratamiento de 52 semanas y seguimiento a 1.5 años, todos los grupos mostraron mejoras en los síntomas de TDAH y en los síntomas emocionales. El metilfenidato fue superior al placebo (13.8 vs. 15.2), mientras que la TCC grupal no difirió significativamente del MCI (14.2 vs. 14.7).

El ensayo clínico aleatorizado de Pan et al. (2024), exploró en con $n = 98$ participantes los efectos a largo plazo de la TCC grupal en adultos con TDAH medicados y solo adultos TDAH medicados cuya intervención duró 12 semanas con seguimiento a 12 meses. La TCC mejoró los

síntomas nucleares de TDAH en comparación con el grupo control (25.8 a 18.3 vs. 23.5 a 21.2); también se disminuyó la sintomatología depresiva (41.7 a 37.5 vs. 41.6 a 42.2) y hubo mejora en la calidad de vida psicológica (46.2 a 53.1 vs. 46.8 a 46.9), en comparación con medicación sola. Las cogniciones disfuncionales también mejoraron dentro del grupo TCC, aunque sin diferencias significativas frente al control.

Tratamientos empíricos basados en la Terapia Dialéctica Conductual

En otra línea de intervención, Fleming et al. (2014), realizaron una investigación con $n = 33$ estudiantes universitarios con TDAH, evaluando la eficacia de un programa grupal de TDC en comparación con un grupo de autoayuda que recibió folletos de habilidades. La intervención consistió en 8 semanas de entrenamiento en habilidades, cuyos resultados mostraron que alrededor del 65 % de los participantes en TDC redujeron síntomas de TDAH, frente a un 25 % en autoayuda. Asimismo, la función ejecutiva mejoró en un 65 % de los participantes con TDC frente al 19 % en autoayuda, y la tasa de recuperación clínica alcanzó el 53 % al 59 % en TDC comparado con solo el 6 % al 13 % en el grupo control. Además, la calidad de vida aumentó significativamente en el grupo de intervención (54.59 a 67.09).

Por su parte, Halmøy et al. (2022), realizaron un ensayo clínico multicéntrico con $n = 121$ adultos con TDAH, comparando la eficacia de un programa grupal de TDC con el tratamiento habitual (medicación y psicoeducación). La intervención tuvo una duración de 14 semanas e incluyó sesiones grupales estructuradas para el desarrollo de habilidades en regulación emocional y control de impulsos. Los resultados mostraron que el grupo de TDC presentó una mayor reducción de los síntomas de TDAH (-7.9 vs. -0.2), junto con mejoras en la función ejecutiva (74.0% vs. 53.8%), depresión (-6.4 vs. -0.3) y calidad de vida ($+9.0$ vs. -1.48), en comparación con el tratamiento habitual. En ansiedad no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, y los beneficios se mantuvieron a los 6 meses de seguimiento.

Tratamientos empíricos basados en la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness

En cuanto a este tipo de intervenciones, Hepark et al. (2015), realizaron un ensayo clínico aleatorizado con $n = 103$ adultos diagnosticados con TDAH. El grupo de intervención recibió TCBM y el grupo control en lista de espera. Tras 12 semanas de intervención, el 43.2 % de los participantes en TCBM fueron respondedores frente al 3% en la lista de espera, mostrando una reducción significativa de los síntomas de TDAH ($d = 0.66$) y mejoras en la función ejecutiva ($d = 0.43-0.93$). En cambio, no se hallaron diferencias significativas en depresión ni ansiedad.

Por su parte, Gu et al. (2016), examinaron los efectos de TCBM en estudiantes universitarios con TDAH vs. lista de espera en un ensayo clínico aleatorizado con $n = 54$ participantes. La intervención se desarrolló en 6 semanas y los participantes fueron evaluados en tres momentos:

pretratamiento, postratamiento y seguimiento a 3 meses. Los hallazgos mostraron que el 57 % de quienes recibieron TCBM fueron respondedores frente al 23 % en lista de espera al finalizar el programa, y al seguimiento la respuesta aumentó a 71 % vs. 31 %, respectivamente. Asimismo, el grupo TCBM presentó mejoras en la atención y en mindfulness ($d = 1.06-1.30$), junto con una reducción significativa en los síntomas de ansiedad; en cambio, la depresión no mostró diferencias significativas frente al grupo control.

En un estudio más reciente, Geurts et al. (2022), exploraron el impacto de TCBM en el control inhibitorio pavloviano aversivo, una función relevante para la regulación del comportamiento impulsivo en el TDAH. Durante 8 semanas se desarrolló este ensayo clínico aleatorizado con $n = 50$ adultos asignados a dos grupos: TCBM combinado con tratamiento habitual (medicación y psicoeducación) o solo tratamiento habitual. Los resultados mostraron la TCBM combinado redujo significativamente los síntomas de TDAH [$F(1,48) = 5.2, p = 0.028$] y aumentó la inhibición aversiva en comparación con el tratamiento habitual.

Tratamientos empíricos basados en Neurofeedback

Zilverstand et al. (2017), investigaron el uso de Neurofeedback basado en Resonancia Magnética Funcional (fRM en sus siglas en inglés) en adultos con TDAH mediante un ensayo controlado aleatorizado. La muestra incluyó $n = 13$ que durante 4 sesiones semanales recibieron un entrenamiento en atención, donde los participantes del grupo experimental obtuvieron retroalimentación en tiempo real sobre la activación de la corteza cingulada anterior dorsal mientras realizaban tareas de cálculo mental, mientras que el grupo control recibió el mismo entrenamiento, pero sin retroalimentación real. Ambos grupos aumentaron la activación de esta región a partir de la tercera sesión ($p < 0.05$) y no hubo diferencias significativas en los síntomas de TDAH: inatención pasó de 7.0 a 6.0 en neurofeedback vs. 6.3 a 6.7 en control; impulsividad de 5.0 a 4.4 vs. 5.2 a 5.3. Solo el grupo con neurofeedback real mejoró la memoria de trabajo (67 % a 76 %) y el control inhibitorio (2.8 % a 1.1 %).

Por otro lado, Barth et al. (2021), compararon la eficacia de tres intervenciones en adultos con TDAH: neurofeedback de potenciales corticales lentos (SCP-NFB), neurofeedback basado en espectroscopía funcional por infrarrojo cercano (fNIRS-NFB) y un grupo de control con biofeedback de electromiografía (EMG-BF). Se incluyeron 67 participantes asignados aleatoriamente a uno de estos grupos. Tras 30 sesiones y un seguimiento a 6 meses, los tres grupos redujeron los síntomas de TDAH de forma similar ($p < 0.001$, sin diferencias entre grupos). El 61.9 % de los participantes en fNIRS-NFB y el 30.8 % en SCP-NFB lograron “aprender” a controlar su señal cerebral, y solo estos aprendices de fNIRS mostraron una mayor reducción de síntomas globales en el seguimiento ($H = 13.28, p = 0.010$).

Otros tratamientos empíricos

Hirvikoski et al. (2017), presentaron una propuesta diferente en su ensayo clínico aleatorizado multicéntrico implementaron una intervención psicoeducativa grupal llamada “PEGASUS”, dirigida a adultos con TDAH y sus familiares. El estudio incluyó $n = 179$ participantes, distribuidos entre quienes recibieron el programa y quienes continuaron con el tratamiento habitual. A lo largo de 8 sesiones grupales, aumentó el conocimiento sobre el TDAH ($d = 0.97$), junto con mejoras en la satisfacción con la vida ($d = 0.25$) y reducción en la carga de los cuidadores ($p = 0.047$); no obstante, no hubo cambios en síntomas principales ni en ansiedad o depresión.

Gutman et al. (2020), evaluaron la eficacia de una Intervención Ocupacional Personalizada dirigida a mujeres adultas con TDAH. El estudio incluyó $n = 23$ participantes asignadas a un grupo experimental o a un grupo control que no recibió ninguna intervención. Durante 7 semanas, las participantes recibieron sesiones individuales de 1 hora, resultando en la reducción de su estrés percibido y de los síntomas de TDAH. Además, 90.9 % alcanzó un cambio clínico relevante en funcionamiento, a diferencia del 0 % en el grupo control.

Por su parte, Dentz et al. (2017), investigaron los efectos del entrenamiento en memoria de trabajo “Cogmed” como intervención para $n = 44$ adultos con TDAH, quienes completaron un programa de 5 semanas, con sesiones de 30 a 45 minutos, 5 veces por semana. Los resultados indican que el grupo que recibió “Cogmed” reflejó mejoras significativas en la memoria de trabajo verbal y visoespacial [$F(2,20) = 17.48$, $p < .001$], aunque estos beneficios no se generalizaron a los síntomas principales del TDAH.

Desde una perspectiva neurocognitiva, Salmi et al. (2020), en $n = 44$ adultos con TDAH evaluaron los efectos de un entrenamiento en memoria de trabajo sobre la actividad cerebral a un grupo experimental vs. grupo de control activo (aplicación del videojuego “Bejeweled II”), la intervención consistió en sesiones de 30 minutos, 3 veces por semana, durante 5 semanas. Los hallazgos en el grupo experimental, mostraron una restauración en la actividad funcional de redes cerebrales frontoparietales y de saliencia; sin embargo, la transferencia a síntomas de TDAH es limitada.

Entre las investigaciones más actuales, se encuentra la de Tolonen et al. (2024), donde examinaron si un entrenamiento en memoria de trabajo podía mejorar la conectividad funcional cerebral en adultos con TDAH. Los $n = 42$ participantes, fueron divididos entre el grupo experimental y el grupo de control activo (aplicación del videojuego “Bejeweled II”). Antes del entrenamiento, los participantes tuvieron menos conectividad cerebral en redes de memoria de trabajo que los del grupo control ($p \leq 0.03$) y esa menor conectividad se relacionó con más errores de impulsividad en la prueba de atención. A pesar de las 5 semanas de intervención, no hubo diferencias entre el grupo con entrenamiento y el grupo control en síntomas de TDAH ni en la conectividad cerebral (todas $p > 0.09$).

En el ensayo clínico aleatorizado de Hanssen et al. (2023), evaluaron los efectos del Entrenamiento en Gestión de Objetivos en adultos con TDAH, incluyendo $n = 81$ participantes asignados a EGO o tratamiento habitual (seguimiento estándar), que asistieron a 16 horas de sesiones grupales, 4 sesiones individuales y seguimiento telefónico por 3 meses. En los resultados, ambos grupos mostraron mejoras en la función ejecutiva sin diferencias significativas entre ellos (EGO 74.71 a 69.93; tratamiento habitual 76.26 a 73.29). La ansiedad disminuyó en el grupo EGO (2.14 a 1.82), mientras que en tratamiento habitual aumentó levemente (2.18 a 2.21). Los síntomas de TDAH también se redujeron en ambos grupos (EGO 48.09 a 43.39; tratamiento habitual 51.43 a 47.59).

Kenter et al. (2023), evaluaron la eficacia de una Intervención Autoguiada Online (IAO) para adultos con TDAH. El estudio incluyó $n = 120$ participantes asignados a la intervención o a un grupo control, con una duración de 7 semanas y seguimiento a 3 meses. La intervención consistió en módulos estructurados basados en una combinación de elementos de TCC, TDC y EGO, reportando que el 45 % de los participantes de IAO respondieron clínicamente frente al 10.8 % en psicoeducación al finalizar el tratamiento, y 58.8 % vs. 15.2 % en el seguimiento a 3 meses, junto con mejoras significativas en los síntomas de TDAH ($d = 0.70-0.76$) y en la calidad de vida ($d = 0.53$).

Discusión

Esta revisión se enmarca en la necesidad de reportar evidencia sólida sobre las intervenciones psicológicas dirigidas a adultos con TDAH. Aunque los fármacos continúan siendo el tratamiento principal, la complejidad de dicho trastorno exige alternativas terapéuticas que complementen su abordaje. Por ello, reunir y examinar sistemáticamente los 27 artículos incluidos en este estudio, permite identificar los vacíos en el conocimiento actual y orientar el desarrollo de estrategias clínicas que respondan a tanto a la demanda de los profesionales como a la de los pacientes.

Los hallazgos de esta revisión sistemática coinciden con algunos de los reportados en revisiones sistemáticas previas, pero también se distinguen por ciertas características que permiten ampliar la comprensión actual sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para el TDAH en adultos. Por ejemplo, la revisión de Vidal-Estrada et al. (2012), figura como uno de los primeros estudios en esta línea, presentando distintas modalidades de psicoterapia, como Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Metacognitiva, Terapias de Tercera Generación y Coaching, en formatos grupales e individuales; no obstante, su inclusión de estudios no controlados y la falta de rigurosidad metodológica reduce la calidad de su reporte. Además, aunque propone una búsqueda solo en población adulta, incluye un estudio con muestra mixta entre adultos y adolescentes.

Otra de las investigaciones que se pueden comparar es la de Fullen et al. (2020), donde examinaron 53 estudios, incluyendo no solo ECA, sino también estudios de diseño controlado no aleatorizado y sin restricciones temporales en sus criterios de búsqueda. Analizando un

amplio espectro de tratamientos psicológicos, entre ellos TCC, TCBM, TDC, neurofeedback, metacognición y entrenamiento en funciones ejecutivas. Aunque identificaron efectos positivos en los estudios que aplicaron TCC, TCBM y TDC, su inclusión de diseños no aleatorizados limita el control sobre los sesgos y la solidez de los hallazgos. Mientras que la presente revisión incluyó únicamente estudios de alta calidad metodológica (ECA), que abarcaron enfoques diversos como la TCC, la TDC, el TCBM, el neurofeedback y otros, manteniendo su foco exclusivamente en población adulta dentro de un período de tiempo específico (últimos 15 años) lo que permite interpretar los efectos psicoterapéuticos desde una base empírica más rigurosa, actualizada y con mayor aplicabilidad clínica.

Por otra parte, Ostinelli et al. (2025), realizaron una revisión sistemática y metaanálisis de red centrados en ECA, evaluando comparativamente la eficacia de distintos tratamientos farmacológicos, psicológicos y neuroestimulantes para adultos con TDAH. Se enfocaron en TCC, rehabilitación cognitiva, atención plena, psicoeducación, estimulación transcraneal, estimulantes y la atomoxetina, siendo estos dos últimos los que evidenciaron mayor reducción de síntomas centrales del TDAH. Por otro lado, las intervenciones no farmacológicas reportaron beneficios más limitados. En cambio, esta investigación aporta un análisis exhaustivo y actualizado de la evidencia disponible, resaltando que la mayoría de los resultados indican que los tratamientos psicológicos fincan su valor como tratamientos de apoyo y coadyuvantes al abordaje farmacológico.

Finalmente, las tres revisiones mencionadas comparten la similitud de considerar los tratamientos psicológicos para adultos con TDAH como objeto de análisis en su investigación; no obstante, se diferencian en: (a) el rango temporal de los estudios incluidos; (b) los criterios de calidad aplicados; y (c) la especificidad de los tipos de tratamientos analizados. Estas diferencias refuerzan los hallazgos de la presente revisión sistemática, así como evidencian que, si bien se ha avanzado en la evaluación de tratamientos psicológicos para esta población, aún persisten áreas que requieren mayor exploración empírica y metodológica.

Conclusión

La agrupación de los estudios según su tipo de tratamiento permite identificar las particularidades de cada intervención, en el caso de la TCC, aparece como el enfoque con mayor evidencia acumulada y cuyos resultados son consistentes tanto en la mejora de síntomas centrales, así como en el funcionamiento global y el control emocional, con efectos sostenidos a mediano y largo plazo. La TDC, aunque con menos estudios, también evidencia beneficios como la disminución significativa de síntomas globales de TDAH, mejoría de la función ejecutiva y de la calidad de vida.

Por su parte, la TCBM muestra efectos en atención sostenida, control inhibitorio y variables de emocionales. Las intervenciones neurocognitivas presentan un panorama distinto, el Neurofeedback y los entrenamientos en memoria de trabajo, siendo uno de ellos “Cogmed”, muestran mejoras objetivas en memoria de trabajo y marcadores de activación cerebral, pero sin

cambios consistentes en los síntomas principales del TDAH. El resto de las intervenciones como el programa psicoeducativo “PEGASUS”, la Intervención Ocupacional Personalizada, el EGO y la Intervención Autoguiada Online aportan beneficios más específicos: mayor conocimiento del trastorno, disminución del estrés, mejoras en organización y en funcionamiento cotidiano, e incluso respuestas clínicas moderadas, pero su impacto sobre la sintomatología central es heterogéneo y en general limitado.

Para finalizar, varios ensayos destacan el componente farmacológico como un factor modulador importante, debido a que la combinación de medicación con intervenciones psicológicas (especialmente la TCC) puede potenciar la reducción de síntomas principales y secundarios, aunque este efecto no es uniforme en todos los estudios ni siempre supera a controles activos. En conjunto, la evidencia sugiere que la TCC, la TDC y la TCBM son opciones de prioritarias dentro de un abordaje multimodal debido a su formato estandarizado, alta reproducibilidad y capacidad de sostener mejoras clínicas en el tiempo; mientras que las intervenciones neurocognitivas y los programas alternativos cumplen un rol complementario, dirigidos más hacia metas específicas como el entrenamiento cognitivo o la psicoeducación, que hacia la reducción directa de los síntomas exclusivos del TDAH. No obstante, estos hallazgos deben interpretarse con cautela debido a la heterogeneidad de las intervenciones en cuanto a tipo, duración, modalidad y criterios de evaluación, lo que dificulta establecer comparaciones directas entre estudios, sugiriendo mayor estandarización y diferenciación entre enfoques psicoterapéuticos y neurocognitivos en futuras investigaciones.

Referencias

- Ayano, G., Tsegay, L., Gizachew, Y., Necho, M., Yohannes, K., Abraha, M., Demelash, S., Anbesaw, T., & Alati, R. (2023). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in adults: Umbrella review of evidence generated across the globe. *Psychiatry Research*, 328. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115449>
- Asherson, P., Balazs, J., Bitter, I., Carpentier, P.-J., Jaeschke, R., Mohr, P., Ramos-Quiroga, J. A., De Rossi, P., Semerci, B., & Kooij, S. (2024). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults: From Research to Clinical Practice. In A. Fiorillo, P. Falkai, & P. Gorwood, (eds.). *Mental Health Research and Practice: From Evidence to Experience* (pp. 135–157). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009067287.010>
- Baji, I., Túri, A., Nagy, D. L., & Sterczer, A. (2024). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) syndrome across ages. *Developments in Health Sciences*, 6(2), 34–38. <https://doi.org/10.1556/2066.2023.00050>
- Barth, B., Mayer-Carius, K., Strehl, U., Wyckoff, S. N., Haeussinger, F. B., Fallgatter, A. J., & Ehlis, A.-C. (2021). A randomized-controlled neurofeedback trial in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Scientific Reports*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95928-1>

- Carroll, P., Tatja, H., Charlotte, L., & Thorell, L. B. (2023). Group-based emotion regulation skills training for adults with ADHD: A feasibility study in an outpatient psychiatric setting. *Applied Neuropsychology: Adult*, 30(1), 71–82. <https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1910512>
- Chen, J. (2024). Real-Life Symptoms, Difficulties, and Interventions for Adult ADHD: A Literature Review. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences PSHE*, 29, 455–460. <https://doi.org/10.54097/w3chre28>
- Cherkasova, M. V., French, L. R., Syer, C. A., Cousins, L., Galina, H., Ahmadi-Kashani, Y., & Hechtman, L. (2016). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy With and Without Medication for Adults With ADHD: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Attention Disorders*, 24(6), 889–903. <https://doi.org/10.1177/1087054716671197>
- Corbisiero, S., Bitto, H., Newark, P., Abt-Mörstedt, B., Elsässer, M., Buchli-Kammermann, J., Künne, S., Nyberg, E., Hofecker-Fallahpour, M., & Stieglitz, R.-D. (2018). A Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Pharmacotherapy vs. Pharmacotherapy Alone in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)—A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00571>
- Dentz, A., Guay, M.-C., Parent, V., & Romo, L. (2017). Working Memory Training for Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 24(6), 918–927. <https://doi.org/10.1177/1087054717723987>
- 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). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-116>
- Fleming, A. P., McMahon, R. J., Moran, L. R., Peterson, A. P., & Dreessen, A. (2014). Pilot Randomized Controlled Trial of Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for ADHD Among College Students. *Journal of Attention Disorders*, 19(3), 260–271. <https://doi.org/10.1177/1087054714535951>
- Flückiger, C., Willutzki, U., grosse Holtforth, M., & Wampold, B. E. (2024). Psychotherapie wirkt. *Die Psychotherapie*, 69(1), 33–39. <https://doi.org/10.1007/s00278-023-00703-4>
- Forsström, D., Oscarsson, M., Buhrman, M., & Rozental, A. (2023). A study protocol of a randomized controlled study of internet-based cognitive behavioral therapy for adult attention deficit hyperactivity disorder. *Internet Interventions*, 33. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100652>
- Fullen, T., Jones, S. L., Emerson, L. M., & Adamou, M. (2020). Psychological Treatments in Adult ADHD: A Systematic Review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42(3), 500–518. <https://doi.org/10.1007/s10862-020-09794-8>
- Geurts, D. E. M., den Ouden, H. E. M., Janssen, L., Swart, J. C., Froböse, M. I., Cools, R., & Speckens, A. E. M. (2022). Aversive Pavlovian inhibition in adult attention-deficit/hyperactivity disorder and its restoration by mindfulness-based cognitive therapy. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.938082>
- Gonda, X., Balint, S., Rethelyi, J. M., & Dome, P. (2024). Settling a distracted globe: An overview of psychosocial and psychotherapeutic treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 83, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2024.03.002>

- Gu, Y., Xu, G., & Zhu, Y. (2016). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for College Students With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 22(4), 388–399. <https://doi.org/10.1177/1087054716686183>
- Gutman, S. A., Balasubramanian, S., Herzog, M., Kim, E., Swirnow, H., Retig, Y., & Wolff, S. (2020). Effectiveness of a Tailored Intervention for Women With Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and ADHD Symptoms: A Randomized Controlled Study. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(1). <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.033316>
- Halmøy, A., Ring, A. E., Gjestad, R., Møller, M., Ubostad, B., Lien, T., Munkhaugen, E. K., & Fredriksen, M. (2022). Dialectical behavioral therapy-based group treatment versus treatment as usual for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a multicenter randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04356-6>
- Hanssen, K. T., Brevik, E. J., Småstuen, M. C., & Stubberud, J. (2023). Improvement of anxiety in ADHD following goal-focused cognitive remediation: a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1212502>
- Hepark, S., Janssen, L., de Vries, A., Schoenberg, P. L. A., Donders, R., Kan, C. C., & Speckens, A. E. M. (2015). The Efficacy of Adapted MBCT on Core Symptoms and Executive Functioning in Adults With ADHD: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *Journal of Attention Disorders*, 23(4), 351–362. <https://doi.org/10.1177/1087054715613587>
- Hirvikoski, T., Lindström, T., Carlsson, J., Waaler, E., Jokinen, J., & Bölte, S. (2017). Psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): A pragmatic multicenter and randomized controlled trial. *European Psychiatry*, 44, 141–152. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.04.005>
- Hou, X. (2023). Constructing the ADHD Child in Historical Children's Literature. *Humanities*, 12(1). <https://doi.org/10.3390/h12010003>
- Huang, F., Tang, Y., Zhao, M., Wang, Y., Pan, M., Wang, Y., & Qian, Q. (2017). Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD: A Randomized Clinical Trial in China. *Journal of Attention Disorders*, 23(9), 1035–1046. <https://doi.org/10.1177/1087054717725874>
- Johnson, J., Morris, S., & George, S. (2021). Misdiagnosis and missed diagnosis of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *BJPsych Advances*, 27(1), 60–61. <https://doi.org/10.1192/bja.2020.34>
- Kenter, R. M. F., Gjestad, R., Lundervold, A. J., & Nordgreen, T. (2023). A self-guided internet-delivered intervention for adults with ADHD: Results from a randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 32. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100614>
- Kulacaoglu, F., Solmaz, M., Belli, H., Ardic, F. C., Akin, E., & Kose, S. (2017). The relationship between impulsivity and attention-deficit/hyperactivity symptoms in female patients with borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(3), 249–255. <https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1342317>

- Lam, A. P., Matthies, S., Graf, E., Colla, M., Jacob, C., Sobanski, E., Alm, B., Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Kis, B., Abdel-Hamid, M., Müller, H. H. O., Lücke, C., Huss, M., Jans, T., Berger, M., Tebartz van Elst, L., Philipsen, A., & Consortium, for the C. of M. and P. in A. A. S. (COMPAS). (2019). Long-term Effects of Multimodal Treatment on Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms: Follow-up Analysis of the COMPAS Trial. *JAMA Network Open*, 2(5). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.4980>
- Lindvall, M. A., Holmqvist, K. L., Svedell, L. A., Philipson, A., Cao, Y., & Msghina, M. (2023). START – physical exercise and person-centred cognitive skills training as treatment for adult ADHD: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 23(1), 697. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05181-1>
- López-Pinar, C., Martínez-Sanchís, S., Carbonell-Vayà, E., Martínez-Raga, J., & Retz, W. (2024). Formulation-based cognitive behavioral therapy compared to an active control and a wait-list in adult inmates with ADHD: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-024-08434-w>
- Martin-Moratinos, M., Bella-Fernández, M., Rodrigo-Yanguas, M., González-Tardón, C., Sújar, A., Li, C., Wang, P., Royuela, A., Lopez-Garcia, P., & Blasco-Fontecilla, H. (2024). Effectiveness of a Serious Video Game (MOON) for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Protocol for a Randomized Clinical Trial. *JMIR Research Protocols*, 13. <https://doi.org/10.2196/53191>
- Mauche, N., Ulke, C., Huang, J., Franke, A., Bogatsch, H., Ethofer, T., Grimm, O., Frodl, T., Hoffmann, K., Juckel, G., Kittel-Schneider, S., Mehren, A., Philipsen, A., Plewnia, C., Reif, A., Ziegler, G. C., & Strauß, M. (2024). Treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) with transcranial direct current stimulation (tDCS): study protocol for a parallel, randomized, double-blinded, sham-controlled, multicenter trial (Stim-ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 274(1), 71–82. <https://doi.org/10.1007/s00406-023-01652-4>
- Mayer, K., Wyckoff, S. N., Fallgatter, A. J., Ehlis, A.-C., & Strehl, U. (2015). Neurofeedback as a non-pharmacological treatment for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0683-4>
- McClernon, F. J., van Voorhees, E. E., English, J., Hallyburton, M., Holdaway, A., & Kollins, S. H. (2011). Smoking withdrawal symptoms are more severe among smokers with ADHD and independent of ADHD symptom change: Results from a 12-Day contingency-managed abstinence trial. *Nicotine and Tobacco Research*, 13(9), 784–792. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntr073>
- Moher, D., Schulz, K. F., Altman, D., Almanza Muñoz, J. de J., & De Roux Reyes, S. (2024). La Declaración CONSORT: Recomendaciones revisadas para mejorar la calidad de los informes de ensayos aleatorizados de grupos paralelos. *Revista de Sanidad Militar*, 56(1), 23–28. <https://doi.org/10.56443/fbnznt22>
- Nakashima, M., Inada, N., Tanigawa, Y., Yamashita, M., Maeda, E., Kouguchi, M., Sarad, Y., Yano, H., Ikari, K., Kuga, H., Oribe, N., Kaname, H., Harada, T., Ueno, T., & Kuroki, T. (2021). Efficacy of Group Cognitive Behavior Therapy Targeting Time Management for Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Japan: A Randomized Control Pilot Trial. *Journal of Attention Disorders*, 26(3), 377–390. <https://doi.org/10.1177/1087054720986939>

- Nasri, B., Cassel, M., Enhärje, J., Larsson, M., Hirvikoski, T., Ginsberg, Y., Lindefors, N., & Kaldo, V. (2023). Internet delivered cognitive behavioral therapy for adults with ADHD - A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 33. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100636>
- Ostinelli, E. G., Schulze, M., Zangani, C., Farhat, L. C., Tomlinson, A., Del Giovane, C., Chamberlain, S. R., Philipsen, A., Young, S., Cowen, P. J., Bilbow, A., Cipriani, A., & Cortese, S. (2025). Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychological, and neurostimulatory interventions for ADHD in adults: a systematic review and component network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 12(1), 32–43.
- Ouzzani, M., Hammad, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... & Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790–799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Pan, M.-R., Dong, M., Zhang, S.-Y., Liu, L., Li, H.-M., Wang, Y.-F., & Qian, Q.-J. (2024). One-year follow-up of the effectiveness and mediators of cognitive behavioural therapy among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: secondary outcomes of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05673-8>
- Pan, M.-R., Zhao, M.-J., Liu, L., Li, H.-M., Wang, Y.-F., & Qian, Q.-J. (2020). Cognitive behavioural therapy in groups for medicated adults with attention deficit hyperactivity disorder: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 10(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037514>
- Pettersson, R., Söderström, S., Edlund-Söderström, K., & Nilsson, K. W. (2014). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Adults With ADHD in Outpatient Psychiatric Care: A Randomized Trial. *Journal of Attention Disorders*, 21(6), 508–521. <https://doi.org/10.1177/1087054714539998>
- Pheh, K.-S., Tan, K.-A., Ibrahim, N., & Sidik, S. M. (2021). Effectiveness of Online Mindfulness-Based Intervention (iMBI) on Inattention, Hyperactivity–Impulsivity, and Executive Functioning in College Emerging Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Study Protocol. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph18031257>
- Philipsen, A., Jans, T., Graf, E., Matthies, S., Borel, P., Colla, M., Gentschow, L., Langner, D., Jacob, C., Groß-Lesch, S., Sobanski, E., Alm, B., Schumacher-Stien, M., Roesler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Kis, B., Abdel-Hamid, M., Heinrich, V., ... & Consortium, for the C. of M. and P. in A. A. S. (COMPAS). (2015). Effects of Group Psychotherapy, Individual Counseling, Methylphenidate, and Placebo in the Treatment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1199–1210. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2146>

- 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*, 304(8), 875–880. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1192>
- Salmi, J., Soveri, A., Salmela, V., Alho, K., Leppämäki, S., Tani, P., Koski, A., Jaeggi, S. M., & Laine, M. (2020). Working memory training restores aberrant brain activity in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Human Brain Mapping*, 41(17), 4876–4891. <https://doi.org/10.1002/hbm.25164>
- Skoglund, L., Larsson, H., & Petrovic, P. (2022). ADHD in adults - history, epidemiology, and neuroscience. *Lakartidningen*, 119.
- Solanto, M. V., Marks, D. J., Wasserstein, J., Mitchell, K., Abikoff, H., Alvir, J. Ma. J., & Kofman, M. D. (2010). Efficacy of Meta-Cognitive Therapy for Adult ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 167(8), 958–968. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081123>
- Tolonen, T., Leppämäki, S., Roine, T., Alho, K., Tani, P., Koski, A., Laine, M., & Salmi, J. (2024). Working memory related functional connectivity in adult ADHD and its amenability to training: A randomized controlled trial. *NeuroImage: Clinical*, 44. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2024.103696>
- 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 Esp Psiquiatr*, 40(3), 147–154.
- Wakelin, C., Willemse, M., & Munnik, E. (2023). A review of recent treatments for adults living with attention-deficit/hyperactivity disorder. *South African Journal of Psychiatry*, 29. <https://doi.org/10.4102/sajpsy.2023.29i0.2152>
- 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). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-30>
- Wu, M. (2024). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a comprehensive introduction and research advances. *Highlights in Science, Engineering and Technology BEHDP*, 2024, 663–666. <https://doi.org/10.54097/32914893>
- Yan, X. (2024). Research on the BCI Treatment and Inventions in ADHD. *MedScien*, 1. <https://doi.org/10.61173/a0jwjd65>
- Young, S., Emilsson, B., Sigurdsson, J. F., Khondoker, M., Philipp-Wiegmann, F., Baldursson, G., Olafsdottir, H., & Gudjonsson, G. (2017). A randomized controlled trial reporting functional outcome of cognitive-behavioural therapy in medication-treated adults with ADHD and comorbid psychopathology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267(3), 267–276. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0735-0>
- Young, S., Hopkin, G., Perkins, D., Farr, C., Doidge, A., & Gudjonsson, G. (2012). A Controlled Trial of a Cognitive Skills Program for Personality-Disordered Offenders. *Journal of Attention Disorders*, 17(7), 598–607. <https://doi.org/10.1177/1087054711430333>

Zilverstand, A., Sorger, B., Slaats-Willemse, D., Kan, C. C., Goebel, R., & Buitelaar, J. K. (2017). fMRI Neurofeedback Training for Increasing Anterior Cingulate Cortex Activation in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. An Exploratory Randomized, Single-Blinded Study. *PLOS ONE*, 12(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170795>

Autores

Allison Catalina Calle Chamorro. Licenciada en Psicología Clínica. Actualmente egresada de la Maestría en Psicología Clínica con mención en Psicoterapia de la Universidad Católica de Cuenca.

Geovanny Genaro Reivan Ortiz. PhD en Psicología. Docente investigador en la Universidad Católica de Cuenca.

Declaración

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes externas a este artículo.

Agradecimientos.

A la Maestría en Psicología Clínica con Mención en Psicoterapia de la Universidad Católica de Cuenca, de la cual soy egresada.

A la colaboración del Laboratorio de Robótica, Automatización, Sistemas Inteligentes y Embebidos (RobLab) de la Universidad Católica de Cuenca.

Nota

El artículo es original y no ha sido publicado previamente.