

# TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL GRUPAL PARA EL TDAH EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS

## GROUP COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY FOR ADHD IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE: A SYSTEMATIC REVIEW OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

NEREA PADÍN-CAÑO<sup>1</sup> Y M. ÁNGELES LÓPEZ-GONZÁLEZ<sup>2</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Padín-Caño, N. y López-González, M. A. (2023). Terapia Cognitivo-Conductual Grupal para el TDAH en la infancia y adolescencia: una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados [Group Cognitive-Behavioural Therapy for ADHD in Childhood and Adolescence: A Systematic Review of Randomized Controlled Trial]. *Acción Psicológica*, 20(1), 87-104. <https://doi.org/10.5944/ap.20.1.39194>

### Resumen

Las guías de práctica clínica de referencia coinciden en señalar la Terapia Cognitivo-Conductual como primera línea de tratamiento psicológico en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad infanto juvenil. El objetivo de este estudio fue conducir una revisión sistemática de Ensayos Clínicos Aleatorizados con el fin de explorar la eficacia de la TCC grupal en el TDAH aplicada como intervención directa en niños y

adolescentes. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scopus, WoS, Academic Research Premier, ProQuest, PsycInfo, Medline, E-Journals y Pubpsych limitando el rango de edad entre los 5 y los 18 años. Ésta se complementó con la búsqueda manual en webs relevantes y la revisión de las listas de referencias de los estudios incluidos. Se empleó la herramienta *Revised Cochrane Risk-of-bias Tool for Randomized Trials* (Rob 2) para evaluar la calidad metodológica de los ensayos clínicos seleccionados. Se identificaron cuatro ensayos clínicos que valoraban la eficacia de TCC grupal para

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** M. Ángeles López-González, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, España.

**Email:** [angeles.lopezg@urjc.es](mailto:angeles.lopezg@urjc.es)

**ORCID:** Nerea Padín-Caño (<https://orcid.org/0009-0009-3921-4018>) y M. Ángeles López-González (<https://orcid.org/0000-0002-1107-7121>).

<sup>1</sup> Centro Lingoreta S.L, Vigo, España.

<sup>2</sup> Universidad Rey Juan Carlos, España.

Recibido: 3 de mayo de 2023.

Aceptado: 28 de mayo de 2023.

reducir los síntomas asociados al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad infanto-juvenil. Los estudios revisados indicaron mejorías notables en el tratamiento del TDAH mediante Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) grupal. Se observaron avances significativos en la sintomatología del TDAH, mejorando también el impacto funcional y la calidad de vida. Específicamente, las habilidades sociales y la asertividad exhibieron mejoras destacadas. Estos resultados respaldan la efectividad general de la TCC grupal en abordar diversas dimensiones del TDAH en niños y adolescentes. Aunque la variabilidad entre estudios sugiere la necesidad de mayor investigación, la TCC grupal emerge como una intervención prometedora para mejorar la sintomatología y la funcionalidad asociada al TDAH.

**Palabras clave:** Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; Infancia; Adolescencia; Terapia Cognitivo-Conductual Grupal; Ensayo Controlado Aleatorizado.

## Abstract

Reference clinical practice guidelines coincide in pointing out Cognitive-Behavioural Therapy as the first line of psychological treatment in child-adolescent with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. The aim of this study was to conduct a systematic review of randomized clinical trials in order to explore the efficacy of CBT group in ADHD applied as a direct intervention in children and adolescents. A bibliographic search was carried out in the Scopus, WoS, Academic Research Premier, ProQuest, PsycInfo, Medline, E-Journals and Pubpsych databases, limiting the age range between 5 and 18 years. This was complemented with a manual search of relevant websites and a review of the reference lists of the included studies. The *Revised Cochrane Risk-of-bias Tool for Randomized Trials* (Rob 2) was used to assess the methodological quality of the selected clinical trials. The search identified four clinical trials that evaluated the efficacy of group Cognitive Behavioural Therapy to reduce the symptoms associated with attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. Only one study showed significant reductions in core symptoms of the disorder compared to the control group. The variability of the interventions and the scarcity of records found do not allow definitive con-

clusions to be drawn about the possible benefits derived, so more studies are required in this regard.

**Keywords:** Attentional Deficit Hyperactivity Disorder; Childhood; Adolescence; Group Cognitive-Behavioural Therapy; Randomized Clinical Trials.

## Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) es el desorden neuropsicológico más frecuente en la infancia (APA, 2014; Sánchez-Mascaraque et al. 2020). Se trata de un trastorno cuya demanda de atención crece día a día, siendo numerosos los factores que contribuyen a que su abordaje psicoterapéutico resulte complicado. Por un lado, encontramos aquellos aspectos inherentes a la propia condición tal y como puede ser la gran heterogeneidad en su manifestación clínica, que se ve influida por la alta comorbilidad asociada (50-85% de los casos). Por otro lado, aunque la medicación puede ser efectiva para reducir los síntomas nucleares (Chan et al., 2016), por sí misma no ha demostrado mantener sus ganancias a largo plazo (SNS, 2017) y muestra diversas limitaciones (López-Villalobos et al., 2019).

Distintas Guías de Práctica Clínica (NICE, 2018; SNS, 2017) coinciden en señalar que la intervención más indicada en mayores de 5 con síntomas moderados es aquella que combina la medicación estimulante con la TC o la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), sugiriendo la prescripción de fármacos solo cuando las intervenciones psicológicas no hayan reportado resultados satisfactorios o cuando el grado de afectación sea grave. Del mismo modo, no parece existir controversia (Ogundele et al., 2023; SNS, 2017) en que resulta imprescindible realizar un tratamiento multidisciplinar que tenga en cuenta los principales contextos de desarrollo: el propio niño, la familia y la escuela. No obstante, son escasas las aportaciones que dan cuenta de las intervenciones directamente aplicadas sobre el menor (Vidal, 2015), predominando estrategias indirectas enfocadas hacia el trabajo con la familia o hacia al entorno escolar. Esto contrasta con las recomendaciones de las GPC que, aunque apuestan por la TCC como tratamiento de primera elección, no especifican por encima de los 5 años, qué tipos de terapias cognitivo-conductuales pudieran resultar más beneficiosas (Vidal, 2015). Te-

niendo en cuenta los posibles beneficios que puede reportar el uso de grupos de terapia en la infancia y en la adolescencia (Ortuño e Illana, 2014), se hipotetiza que esta modalidad de terapia pudiera resultar especialmente atractiva como intervención directa para el abordaje del TDAH.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, el objetivo general de esta revisión consiste en explorar la producción científica relacionada con intervenciones para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niños o adolescentes, centrándose específicamente en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en su formato grupal, para aquellos estudios que sean metodológicamente rigurosos y que incluyan grupos de control. Como objetivos específicos, se busca: (a) evaluar la producción científica y la calidad de los estudios seleccionados; y (b) analizar en qué medida la aplicación directa de la TCC grupal sobre niños y adolescentes con TDAH, como terapia complementaria al tratamiento farmacológico, contribuye a mejorar los síntomas nucleares o asociados al TDAH dando cuenta de las características de las intervenciones implementadas.

## Método

Esta revisión sistemática se elaboró siguiendo la última actualización de la declaración PRISMA (Page et al., 2021) a fin de reducir posibles sesgos que pudieran derivarse del proceso de revisión y asegurar la calidad y transparencia en la presentación de resultados (Urrútia y Bonfill, 2010). Además, se incorporaron mejoras metodológicas llevadas a cabo por el grupo de investigación (González-Brignardello et al., 2023; López-González et al., 2021; López González et al., 2022; López-González et al., 2023). Hemos desarrollado un protocolo previo a la ejecución de la revisión que ha permitido la aplicación de criterios uniformes a cada fase del proceso, desde la búsqueda inicial exploratoria de documentos hasta la inclusión de los documentos finales.

### *Criterios de inclusión y exclusión*

Basado en la pregunta de investigación y siguiendo una adaptación de la estrategia PICO, se diseñó un protocolo llamado d-CEPICOD (documentos, Concepto, tipo de Es-

tudio, Participantes, Intervención, Comparación y Outcomes y Diseño) siguiendo las indicaciones sugeridas en estudios previos (López-González et al., 2023; Munn et al., 2018). Como criterios de inclusión se establecieron los siguientes:

**Documentos:** se seleccionaron exclusivamente artículos de revista científicos, libros, capítulos de libros o tesis doctorales.

**Concepto:** El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se estableció como el foco principal.

**Estudios:** se incluyeron exclusivamente trabajos de corte empírico.

**Participantes:** los estudios se ciñeron a adolescentes o niños de entre 5 y 18 años con un diagnóstico de TDAH,

**Intervención:** se seleccionaron exclusivamente tratamientos cognitivo-conductuales de modalidad grupal.

**Comparación:** las intervenciones debieron compararse, ya se trate de otra intervención diferente, tratamiento individual, solo tratamiento farmacológico o del tratamiento habitualmente recibido por este colectivo. Se incluirán estudios que posean medidas pre-post o solo medidas post.

**Resultados (Outcome):** se incluyeron únicamente estudios que poseían medidas de resultados de la reducción de sintomatología TDAH o síntomas asociados.

**Diseño:** se seleccionaron estudios experimentales o cuasi experimentales con grupo de control; esto es ensayos controlados aleatorizados (ECA) o quasi ensayo controlados aleatorizados (q-ECA).

Como resultado de aplicar los criterios de exclusión se descartaron: (a) Trabajos teóricos, revisiones, metaanálisis y estudios de caso, (b) Estudios que manejasen muestras sin diagnóstico de TDAH o que estuviesen centrados en otra patología diferente, (c) Aquellos estudios dirigidos exclusivamente a adultos, y (d) Los que contemplasen únicamente intervenciones de tipo farmacológico.

El propósito fue identificar ensayos experimentales controlados o cuasiexperimentales que ofrezcan respuestas a la pregunta de investigación. Se incluyeron todos los trabajos disponibles hasta diciembre de 2022 que cumplieren dichos requisitos. No se fijó ninguna limitación en cuanto al idioma a fin de recopilar el número más extenso posible de publicaciones disponibles.

## ***Estrategia de búsqueda y fuentes de información***

La ecuación de búsqueda empleada en las distintas bases de datos fue: [TOPIC/ TI, AB, KW: (adhd or "attention deficit hyperactivity disorder" or "attention deficit disorder" or add or hyperactiv\* or "short attention span" or "attention\* deficit" or "hyperkinetic syndrome") AND ("group therap\*" or "group counseling" or "group intervent\*") AND (Child\* OR Adolesc\* OR youth OR teenager\*) AND (rct or "random\* control\* trial") AND ("Cognitive behav\*" or CBT)].

La recuperación de estudios potencialmente elegibles se realizó combinando procedimientos o estrategias de búsqueda formales e informales. En primera instancia, se procedió a la búsqueda formal de estudios en las bases de datos automatizadas, tanto temáticas (PsycInfo, PubPsych y Medline) como multidisciplinares (Academic Search Premier, E-Journals, ProQuest, Scopus y Web of Science). Esta búsqueda se complementó con la revisión de documentos publicados en la revista "Journal of Attention Disorders" bajo el comando de búsqueda "Random Control Trial CBT". Además, se procedió a la revisión de las referencias bibliográficas disponibles en las publicaciones recuperadas y afines a la pregunta de investigación que pudieran ser elegibles de cara a su inclusión en la presente revisión.

Finalmente, como parte de la estrategia de búsqueda informal, se consultaron los perfiles profesionales de los autores principales en redes sociales (LinkedIn, Research Gate, Academia etc.) revisando cada una de sus publicaciones en busca de estudios potencialmente incluíbles.

## ***Selección, codificación de registros y extracción de datos***

Todos los estudios recuperados en las bases de datos fueron exportados a gestores de bibliográficos (Mendeley Reference Manager 2.61.0 y EndNote 20.0) para su tratamiento posterior. A continuación, para facilitar el manejo y cribado de registros, se volcaron dichos resultados a una base de datos personalizada en formato Excel. Inicialmente y con el fin de valorar la satisfacción de estos requi-

sitos en los distintos registros, se llevó a cabo un análisis cualitativo de los resúmenes o del texto completo. Para la codificación de los registros, se incluyeron los siguientes datos bibliométricos de cada trabajo: autor, año, título, nombre de la revista, tipo de documento, resumen, páginas y DOI. Se añadieron las categorías de: Tipología Documental, Concepto, Tipo de estudio, Participantes, Intervención, Comparación, Resultados y Diseño. Durante el proceso de codificación, se llevó a cabo un análisis de contenido detallado, abordando la complejidad y la riqueza de los datos recopilados. Este análisis se dividió en dos partes: recogida de datos de las variables y los instrumentos de evaluación manejados, y los detalles de las intervenciones experimentales.

## ***Evaluación de riesgo de sesgo en los estudios***

Como herramienta de valoración del riesgo de sesgo de las publicaciones se empleó la guía recomendada por la Colaboración Cochrane, la Rob 2: Revised Cochrane Riskof-Bias Tool for Randomized Trials (Sterne et al., 2019), que proporciona pautas para la evaluación de ensayos de grupos paralelos aleatorizados. El uso de esta herramienta permitió decidir la idoneidad metodológica de cada ECA determinando, para cada tipo de sesgo, un nivel global de riesgo (alto, bajo o poco claro).

## **Resultados**

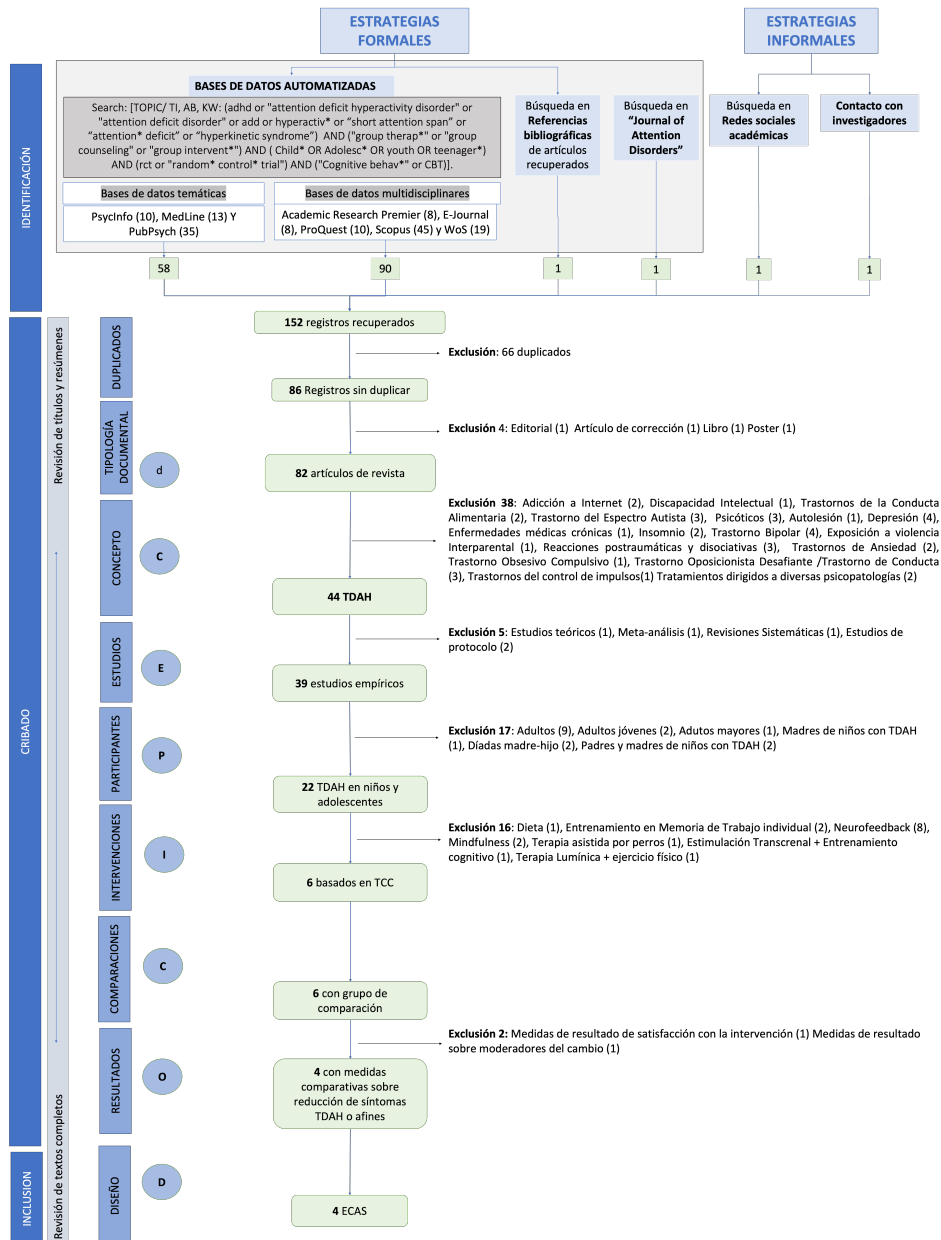
### ***Producción científica y evaluación de la calidad***

En la Figura 1 se muestra todo el procedimiento de búsqueda documental en forma de diagrama de flujo. Potencialmente se registraron 124 documentos y fueron cuatro los registros seleccionados finalmente por su adecuación al objetivo de la investigación, lo que supone el 3.22 % de total de referencias recuperadas.

En el Apéndice A se muestran los resultados del análisis de la calidad de las intervenciones. Cabe

**Figura 1**

*Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de registros relevantes*



mencionar que tan solo un estudio (Haugan et al., 2022) recibió una puntuación global de «bajo riesgo» para todos los dominios evaluados. Dos ECAs (Vidal et al., 2015 y

Meyer et al., 2021) recibieron una puntuación global poco clara, debido a que la valoración del riesgo de sesgo pone de manifiesto algunas preocupaciones respecto a la

calidad de estos para uno o más dominios. Por su parte, el trabajo de Ansthel et al. (2003) posee un riesgo alto de sesgo debido, mayoritariamente, a la falta de información sobre los distintos aspectos a considerar.

### *Variables analizadas y características de las intervenciones*

La mitad de los trabajos encontrados trabaja exclusivamente con muestras clínicas mientras que, en los ensayos clínicos más recientes, también se incluyen como condiciones de admisión de participantes las manifestaciones subclínicas del TDAH. Entre el 76-100 % de los sujetos se encontraba en tratamiento farmacológico dirigido al TDAH, siendo las comorbilidades con mayor representación (del 16.8 % al 81.7 %) el Trastorno Oposicionista Desafiante y los Trastornos del estado de ánimo. Las variables de medida, que difirieron entre estudios, fueron mayormente los síntomas TDAH, su severidad, su impacto funcional y síntomas asociados al trastorno como el funcionamiento social o la ansiedad y la depresión. Solo dos estudios incorporaron medidas de seguimiento. En el Apéndice B se exponen las variables de medida consideradas de cada uno de los estudios recuperados, así como los momentos de medición y los principales resultados hallados en cada estudio.

La media del tamaño muestral para todos los ECAs es de 131 sujetos. Además, dos de los trabajos, a saber, Meyer et al. (2021) y Haugan et al. (2022), contienen una mayor representación de mujeres que de varones. La mayoría manejan muestras de sujetos adolescentes, siendo solo el estudio de Ansthel et al. (2003) el que incluye participantes más jóvenes, con una edad media de 9.9 años. Con grupos que van de 4-8 participantes, el 75 % de ensayos emplea dos terapeutas por grupo, durando la intervención más extensa 14 sesiones semanales de 120 minutos cada una. Solamente un estudio incorpora intervención dirigida a padres. Respecto al tipo de intervención empleada, dos consisten en TCC grupal en sí misma, mientras que Ansthel y su equipo (2003) aplican una terapia de base esencialmente conductual dirigida al entrenamiento de distintas habilidades relacionadas con la conducta social y Meyer et al. (2021) implementan una intervención que combina la TCC con la Terapia Dialéctico-

Conductual. Tres de los tratamientos fueron comparados con grupos de control pasivo, ya se tratase de lista de espera o del tratamiento habitualmente recibido consistente en psicofármacos más seguimiento médico. Para un estudio (Meyer et al., 2021), los resultados del grupo experimental se compararon con los hallados en un grupo de control activo basado en una intervención psicoeducativa breve. En el Apéndice C se pueden consultar las características de cada intervención, así como el tamaño muestral y la distribución por género de las muestras de cada estudio.

Generalmente, las intervenciones de base cognitivo-conductual aplicadas no muestran efectos significativos sobre la sintomatología más nuclear del TDAH (75% de los trabajos) cuando sus resultados se comparan con los de grupos de control pasivo (i.e., de lista de espera) o de tratamiento habitual ni cuando se comparan con los de un grupo control activo de psicoeducación breve. Solamente un estudio (Vidal et al., 2015) demuestra efectos significativamente beneficiosos al aplicar la Terapia Cognitivo-Conductual (CBT por sus siglas en inglés) grupal como intervención directa en adolescentes con TDAH cuando se compara con el no tratamiento, alcanzando tamaños del efecto muy grandes ( $d = 8.38$  para padres,  $d = 7.5$  para jóvenes), especialmente para los síntomas de inatención (más que para los síntomas de impulsividad, cuyos efectos continúan siendo significativos). En este ensayo clínico, también la severidad de dichos síntomas se reduce notablemente con efectos grandes que van de  $d = 3.75$  en autoinforme a  $d = 7.71$  cuando lo juzga el personal clínico. Asimismo, los padres y los clínicos informan de una bajada significativa del impacto funcional ( $d = 7.51$ ) ocasionado por el trastorno. Por su parte, Meyer et al. (2021) informan de que, a nivel intragrupo, el Entrenamiento en Habilidades Estructuradas (Structured Skills Training Group; SSTG) arroja resultados significativos sobre los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad ( $F$  padres = 6.34;  $F$  adolescentes = 3.16), así como sobre el impacto funcional que los mismos ocasionan, alcanzando un TE pequeño ( $d = .26$ ).

Respecto al impacto de la TCC grupal sobre otros síntomas habitualmente asociados al TDAH, el estudio de Ansthel et al. (2003) encuentra que niños con TDAH que reciben un Entrenamiento en Habilidades Sociales (Social

Skill Training; SST) mejoran de forma significativa su asertividad en comparación con el grupo control, siendo los grupos de niños inatentos y los que no incluyen ODD como comorbilidad los que más beneficios reportan. En este estudio, los grupos más heterogéneos en cuanto a su composición obtienen resultados significativos en cooperación y en empatía. Por su parte, Meyer et al. (2021) informan de una reducción de las dificultades generales (emocionales y conductuales) a nivel intragrupo para los dos grupos de comparación que se mantuvieron a los 6 meses de seguimiento. Igualmente, la aceptabilidad de la SSTG fue tan alta para los jóvenes como en el grupo de comparación, reportando un mayor conocimiento del TDAH y una mejora en su habilidad para manejar los problemas asociados al mismo.

## Discusión

La presente revisión se planteó con la finalidad de explorar la producción científica disponible hasta la actualidad acerca de los posibles beneficios de la TCC grupal aplicada sobre niños y adolescentes con TDAH.

El primer objetivo específico era conocer el número de publicaciones existentes que aplican la TCC grupal como intervención directa sobre jóvenes con TDAH. El escaso número de registros hallados pone de manifiesto una importante laguna en el estado de conocimiento de la cuestión.

Nuestro segundo objetivo era examinar en qué medida la TCC grupal aplicada de manera directa sobre niños y adolescentes con TDAH, como terapia complementaria al tratamiento farmacológico, logra mejorar la sintomatología asociada al TDAH. A este respecto conviene señalar que, a pesar de que solamente uno de los trabajos recuperados (Vidal et al., 2015) ha mostrado resultados positivos sobre la reducción de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad y sobre su severidad (en comparación con los efectos que produce la medicación en un grupo de lista de espera); parece que las posibles ventajas asociadas a una modalidad grupal de terapia en jóvenes con TDAH se podrían extender a otros síntomas asociados explorados en los diferentes ensayos (e.g., conducta social, asertivi-

dad y dificultades generales a nivel emocional y conductual) que contribuyen a mejorar el bienestar y la calidad de vida general. En última instancia, los resultados hallados por Vidal et al. (2015) podrían interpretarse como una cierta evidencia preliminar que apunta a la necesidad de realizar más estudios al respecto.

Entre los factores que potencialmente limitan la presencia de unos resultados más significativos en los distintos ensayos encontramos una sintomatología emocional inicialmente baja (Vidal et al., 2015), la heterogeneidad de la población objeto de estudio, la comparación con grupos de control activo que comparten el componente psicoeducativo con la TCC grupal, (Meyer et al., 2021), la falta de implicación de padres en la intervención (Haugan et al., 2022) o la necesidad de una práctica más extensa de las diferentes habilidades enseñadas (Meyer et al., 2021; Haugan et al., 2022).

Como conclusiones principales de la presente investigación podemos afirmar, en primer lugar, que la ya denunciada (Coelho et al., 2017; Vidal, 2015) escasa producción científica hallada no permite establecer conclusiones definitivas acerca de los beneficios de la TCC en grupo en niños y adolescentes con TDAH sobre la reducción de síntomas más nucleares ni sobre los síntomas comúnmente asociados a este trastorno. El hecho de que un estudio haya mostrado resultados positivos puede interpretarse como un cierto apoyo preliminar a los potenciales beneficios que derivan del uso de un formato grupal cuando se trabaja con población infanto-juvenil (Ortuño e Illana, 2014).

En segundo lugar, la discrepancia entre los tipos de intervenciones puestas a prueba dificulta la comparabilidad de resultados, así como la estimación de la posible eficacia, lo cual dificulta la elección de un tipo de TCC sobre otra. Mientras que algunas como el Entrenamiento en Habilidades Sociales (SST), que incorpora la intervención a padres, están dirigidas al funcionamiento social de niños con TDAH que presentan problemas de conducta, otras como la TCC grupal de Vidal et al. (2015) y la de Haugan (2022) preservan más fielmente algunos componentes básicos del modelo cognitivo-conductual. Por su parte, el SSTG implementado por Meyer et al. (2021) acoge aspectos inherentes a las terapias de tercera generación como pueden ser el *mindfulness* o la aceptación, desmarcándose

de la línea que siguen los anteriores protocolos de tratamiento.

De las conclusiones previas se deriva la tercera, esto es, que no es posible determinar qué franjas de edad (por encima de los 5 años) pudieran beneficiarse en mayor medida de una u otra intervención grupal de base cognitivo-conductual. Esto hace imposible arrojar claridad a la ya señalada vaguedad presente (Vidal, 2015) en las recomendaciones que figuran en las principales GPC empleadas en nuestro país (NICE, 2018; SNS, 2017).

Uno de los puntos débiles que se puede señalar es que la mayoría de las bases de datos empleadas para la recuperación de registros –a excepción de PubPsyco, que tiene un alcance europeo– tienen origen norteamericano, por lo que es probable que los resultados hallados se encuentren mediados por el sesgo anglosajón. Otro obstáculo encontrado en el proceso guarda relación con la herramienta Rob 2 empleada para valorar la calidad de los ECAs hallados. Si bien en su descripción del sesgo de realización los autores (Sterne et al., 2019) nos hablan de las desviaciones desde la intención de ser tratado relativas al efecto de la asignación a la intervención, no se proporcionan pautas claras respecto a cómo valorar la oportunidad de acceso a la misma. Esta herramienta, por ende, no parece ser sensible a la igualdad de oportunidades de acceso a la intervención y, teniendo en cuenta que el TDAH es el trastorno neuropsicológico más frecuente en la niñez y en la adolescencia (Sánchez-Mascaraque et al., 2020), parece que tal aspecto debiera ser considerado como una diferencia básica en la atención sociosanitaria ofrecida.

Como punto fuerte del trabajo aquí expuesto cabe hacer mención a que esta es, hasta donde nuestro conocimiento alcanza, la primera revisión sistemática destinada a explorar los posibles beneficios de la TCC grupal sobre población infanto-juvenil con TDAH disponible hasta el momento actual.

De cara al futuro, sería recomendable poner en marcha la realización de más estudios controlados aleatorizados que permitiesen dar una respuesta clara a la pregunta que ha sido objeto de investigación en esta revisión y esclarecer, en consecuencia, qué intervenciones psicológicas resultan más eficaces para jóvenes con TDAH. Los poten-

ciales beneficios del formato grupal se extienden a la posibilidad de realizar una prestación de servicios más eficiente y económica desde el Sistema Nacional de Salud, cuyo abordaje actual del TDAH infantil –que se caracteriza por una alta presión asistencial– se limita a la prescripción de psicofármacos y al seguimiento médico rutinario, con todas las limitaciones que el mismo conlleva. Igualmente, determinar hasta qué punto la intervención dirigida a padres supone un abordaje eficaz en la adolescencia también haría posible que las GPC fuesen más precisas en sus recomendaciones, optimizando las actuaciones coordinadas por parte de los distintos profesionales implicados y tendiendo un puente más realista en la todavía amplia brecha que separa la teoría de la práctica clínica.

## Referencias

- \*Anstheil, K. M. y Remer, R. (2003). Social Skills Training in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Randomized-Controlled Clinical Trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(1), 153–165. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3201\\_14](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3201_14)
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5)]*. Panamericana.
- Chan, E., Fogler, J. M. y Hammerness, P. G. (2016). Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents: A Systematic Review. *JAMA*, 315(18), 1997–2008. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5453>
- Coelho, L., F., Fernandes-Barbosa, D. L., Rizzutti, S., Amoedo-Bueno, F. O. y Carolina Miranda, M. (2017). Group Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents with TDAH. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 30(11), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s41155-017-0063-y>
- González-Brignardello, M. P., Sánchez-Elvira Paniagua, A. y López-González, M. A. (2023). Academic Procrastination in Children and Adolescents: A



- Scoping Review. *Children*, 10(6), Artículo 1016. <https://doi.org/10.3390/children10061016>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. (SNS, 2017). *Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Guías sobre la intervención en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (apoecyl.org)
- \*Haugan, A. L. J., Sund, A. M., Young, S., Thomsen, P. H., Lydersen, H. y Nøvik, T. S. (2022) Cognitive Behavioural Group Therapy as Addition to Psychoeducation and Pharmacological Treatment for Adolescents with ADHD Symptoms and Related Impairments: A Randomised Controlled Trial. *BMC Psychiatry*, 22, Artículo 375. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04019-6>
- López-González, M. A., De-María, B., Rubio-Garay, F., Rodríguez-Cifuentes, F., Fernández-Saliner San Martín, S., Latorre, F. y Topa, G. (2022). Recuperación laboral en empleados fuera del trabajo: una revisión paraguas de revisiones sistemáticas y metaanálisis [Recovery from Work: An Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-analysis]. *Acción Psicológica*, 19(1), 1–20. <https://doi.org/10.5944/ap.19.1.37128>
- López-González, M. A., Rodríguez-Cifuentes, F., Rubio-Garay, F., Amor-Hernández, P. y Saúl, L. A. (2023). Characteristics of RCTs focusing on health promotion in community samples: a scoping review protocol based on the d-CoSPICO framework. *BMJ Open*, 13, Artículo e064769. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064769>
- López-González, M.A., Morales-Landazábal, P. y Topa, G. (2021). Psychodrama Group Therapy for Social Issues: A Systematic Review of Controlled Clinical Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4442), 1–22. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094442>
- López-Villalobos, J. A., Lopez-Sanchez, M. V. y Andres-De Llano, J. (2019). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: revisión del tratamiento psicológico. *ReiDoCrea*, 8(9), 95–105.
- Meyer, J., Ramklint, M., Ununge-Hallerback, M., Lööf, M. y Isaksson, J. (2019). Evaluation of a Structured Skills Training Group for Adolescents with Attention Deficit/hyperactivity disorder (ADHD)-Study Protocol of a Randomised Controlled Trial. *BMC Psychiatry*, 19(171), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888019-2133-4>
- \*Meyer, J., Ramklint, M., Hallerback, M. U., Lööf, M. y Isaksson, J. (2021). Evaluation of a Structured Skills Training Group for Adolescents with AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder: A Randomised Controlled Trial. *European Child & Adolescent Psychiatry* 31, 1143–1155. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01753-2>
- Meyer, J., Zetterqvist, V., Unenge-Hallerback, M., Ramklint, M. y Isaksson, J. (2022). Moderators of long-term Treatment Outcome when Comparing two Group Interventions for Adolescents with ADHD: Who Benefits more from DBT-based skills training? *BMC Psychiatry*, 22(767), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888022-04435-8>
- Mun, Z., Stern, C., Aromataris, E., Lockwood, C., Jordan, Z. (2018). What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. *BMC Medical Research Methodology*, 18(5),1–9.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management. NICE Guideline. Overview; Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management*. Autor.

- Nøvik, T. S., Juul-Haugan, A-L., Lydersen, P. H. T., Young, S. y Mari-Sund, A. (2020). Cognitive-Behavioural Group Therapy for Adolescents with ADHD: Study Protocol for a Randomised Controlled Trial. *BMJ Open*, 10(3), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032839>
- Ogundele, M. y Ayyash, H. (2023). ADHD in Children and Adolescents: Review of Current Practice of Non-Pharmacological and Behavioural Management. *AIMS Public Health*, 10(1), 35–51. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2023004>
- Ortuño, E. C. e Illana, L. M. (2014). Terapia grupal en salud mental infantil: generalidades [Group Therapy in Child Mental Health: General Overview]. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1, 9–15.
- 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., Lalm, M. M., Lin, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P., Moher, D., Yepes-Núñez, Urrutia, G., Romero-García, M. y Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración Prisma 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas [The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews.]. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790–799. <https://doi.org/10.1016/j.recsp.2021.06.016>
- Sánchez-Mascaraque, P. y Cohen, D., S. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y adolescencia [Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Childhood and Adolescence. *Comprehensive Pediatrics*]. *Pediatría Integral*, 24(6), 316–324.
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., McAleenan, A., Reeves, B. C., Shepperd, S., Shrier, I., Stewart, L. A., Tilling, K., White, I. R., Whiting, P. F., Higgins, J. P. T (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366, Artículo 14898. <https://doi.org/10.1136/bmj.14898>
- Vidal, R. (2015). *Tratamiento psicológico cognitivo-conductual en adolescentes y adultos con TDAH* [Cognitive-Behavioral Psychological Treatment in Adolescents and Adults with ADHD; Tesis Doctoral], Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- \*Vidal, R., Castells, J., Richarte, V., Palomar, G., García, M., Nicolau, R., Lázaro, L., Casas, M., Ramos-Quiroga, J. A. (2015). Group Therapy for Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(4), 275–282. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.016>

## Apéndices

### Apéndice A: Evaluación de la calidad metodológica de los ECAs incluidos

Estudio		Ansthel et al.	Vidal et al.	Meyer et al.	Haugan et al.	
<b>Año</b>		2003	2015	2021	2022	
<b>Diseño</b>		ECA	ECA	ECA	ECA	
<b>Sesgos</b>						
<b>Selección</b>	Secuencia aleatoria	NI	Sí	Sí	Sí	
	Ocultamiento de la secuencia	NI	PS	Sí	Sí	
	Diferencias de LB entre grupos	No	No	No	PN	
	Puntuación Global	++	+++	+++	+++	
<b>Realización</b>	Ciego participantes	PN	NI	No	No	
	Cegamiento personal	NI	No	No	No	
	Efecto de asignación/ de AdT	Asignación	Asignación	Asignación	Asignación	
	<i>Efecto de asignación al tratamiento. ITT</i>	Desv. ITTContx	NI	No	No	No
		Prb. Af Res	NA	NA	NA	NA
		Desv. Eq. grup	NA	NA	NA	NA
		An.Aprp	NI	Sí	Sí	Sí
		ImpPotRes	NI	PN	NA	NA
	Efecto de AdhT	IntrFuerProto	X	X	X	X
		Fall Impl Inter	X	X	X	X
		FAdhT	X	X	X	X
ADFAdhT		X	X	X	X	
PG		+	+++	+++	+++	
<b>Desgaste</b>	Datos de todos los participantes	Si	No	No	PS	
	Evidencia de no sesgo	NA	NI	PS	NA	
	Pos. Perd ValorReal:	NA	NI	NA	NA	
	Prob. Perd ValorReal	NA	PN	NA	NA	
	Puntuación Global	+++	++	+++	+++	
<b>Detección</b>	Método de medida inapropiado	No	No	No	No	
	Diferenc. de medida entre grupos	No	No	PN	No	
	Evaluador ciego	NI	Si	No	Sí	
	Posib. Cto. Interv Recib	PS	NA	PS	NA	
	Prob. Cto. Interv Recib	NI	NA	PN	NA	
Puntuación Global	+	+++	++	+++		
<b>Descripción selectiva de resultados</b>	Acuerdo con el plan preespecificado	NI	NI	PS	Sí	
	Selecc. desde múltiples resultados	PN	No	No	PN	
	Selecc. desde múltiples análisis	PN	No	PN	No	
	Puntuación Global	++	++	+++	+++	
<b>Puntuación global</b>		+	++	++	+++	

Nota: adaptación a partir de Sterne et al. (2019). **ADFAdhT** Análisis adecuado de la falta de adherencia al tratamiento; **AdhT**: Adherencia al Tratamiento; **AdT**: adherencia al tratamiento; **An.Aprp**: Análisis apropiado; **Desv. Eq. grup**: Desviaciones equilibradas entre grupos; **Desv. ITTContx**: Desviaciones de la ITT debidas al contexto; **FAdhT**: Falta de adherencia al tratamiento; **Fall Impl Inter**: Fallos de implementación de la intervención; **ImpPotRes.**: Impacto potencial sobre el resultado; **IntrFuerProto** Intervenciones fuera de protocolo; **ITT**: Intent To Treat: Intención a ser tratado; **LB**: línea base; **NI**: No informa; **NA**: No aplicable; **PG**: Puntuación Global; **Posib. Cto. Interv Recib**: Posibilidad de estar influenciada por el conocimiento de la intervención recibida; **Pos. Perd ValorReal**: Posibilidad de pérdida dependiente del valor real; **Prb. Af Res**: Probabilidad de que afecten al resultado; **Prb. Cto. Interv Recib**: Probabilidad de estar influenciada por el conocimiento de la intervención recibida; **Prb. Perd ValorReal** Probabilidad de pérdida dependiente del valor real; **PS**: Probablemente Sí; **PN**: Probablemente No; **+++**: bajo riesgo de sesgo; **++**: Algunas preocupaciones acerca del riesgo de sesgo o sesgo poco claro; **+**: alto riesgo de sesgo.

### *Apéndice B: Resultados de los estudios sobre el tratamiento grupal para el TDAH*

<b>Estudio</b>	<b>Ansthe et al. (2003)</b>
<b>País</b>	Estados Unidos.
<b>Muestra</b>	Clínica de ámbito ambulatorio.
<b>Tº. Farmac.</b>	Sí (91.7 % estimulante, 8.3 % ISRS).
<b>Comorbilidad</b>	Sí, en el 81.7 % de la muestra (ODD 44.1 %, Trastornos del estado de ánimo 24.2 %, desórdenes de ansiedad 9.2%, y trastorno por tics 4.2 %).
<b>Variables</b>	Conducta social, impacto de la heterogeneidad diagnóstica, impacto del subtipo diagnosticado.
<b>Instrumentos</b>	HHSS (Habilidades Sociales), SSRS (Sistema de Evaluación de Habilidades Sociales).
<b>Informantes</b>	Padres y niños.
<b>Medición</b>	Pre, post y seguimiento a los 3 meses.
<b>Resultados</b>	En SSRS versión padres/post: Cooperación (F = 1.86), Asertividad (F = 10.74***, $\eta^2 = .13$ ), Autocontrol (F = 1.80), Responsabilidad (F = 1.74). En SSRS versión niños/post: Cooperación (F = 1.81), Asertividad (F = 12.24***, $\eta^2 = .15$ ), Autocontrol (F = 1.98), Empatía (F = 1.80). Diferencias significativas en el seguimiento para SST padres en Asertividad (F = 10.61***, $\eta^2 = .11$ ) y para SST niños en Asertividad (F = 11.11***, $\eta^2 = .12$ ). No hubo diferencias significativas en el resto de las escalas ni en post ni en seguimiento.
<b>Estudio</b>	<b>Vidal et al. (2015)</b>
<b>País</b>	España.
<b>Muestra</b>	Clínica de ámbito hospitalario.
<b>Tº. Farmac.</b>	Sí (100% de la muestra en estimulantes).
<b>Comorbilidad</b>	Sí, en el 16.8% (ODD 12.6%, Trastornos del aprendizaje como la dislexia 4.2%). Se admitieron participantes con síntomas subclínicos de depresión y ansiedad.
<b>Variables</b>	Síntomas de TDAH, Severidad del TDAH, Impacto funcional, Síntomas asociados como depresión, ansiedad y manejo de la ira.
<b>Instrumentos</b>	Satisfacción de criterios de elegibilidad: K-SADS-PL (de 15-17), CAADID (18-21), SCID I y SCID II, ADI-R, WAIS-III y WISC-IV (evaluación de comorbilidades). Resultados intervención: (a) Primarios: ADHD-RS (dx TDAH), CGI-S (severidad de síntomas), CGI-I (cambio en síntomas TDAH), WFIRS (impacto funcional) y GAF (severidad clínica y funcionamiento); (b) Secundarios: BDI, STAI y STAXI-2.
<b>Informantes</b>	Padres y niños.
<b>Medición</b>	Pre y post.
<b>Resultados</b>	ADHD-RS Adolescentes: CBT, pre (M = 27.28, SD = 1.04) post (M = 18.47, SD = 1.01); GC, pre (M = 27.45, SD = 1.03) post (M = 26.09, SD = 1.02); $d = 7.5^{***}$ . ADHD-RS Padres, CBT, pre (M = 29.05, SD = 1.05) post (M = 19.05, SD = 1.11); GC, pre (M = 29.32, SD = 1.06) post (M = 28.44, SD = 1.13); $d = 8.38^{***}$ . CGI-S autoinforme, CBT pre (M=3.54, SD=0.12) post (M= 2.9, SD= 0.12); GC, pre (M=3.3, SD=0.12) post (M=3,35, SD=0.12); $d = 3.75^{***}$ ; CGI-S versión clínico, CBT pre (M = 3.69, SD=0.06) post (M= 2,86, SD= 0,07); GC, pre (3.78, SD=0.06) post (M=3.4, SD=0.07) $d = 7.71^{***}$ . GAF, CBT pre (M = 63.25, SD = 0.79) post (M = 70.83, SD = 1.05); GC, pre (M = 63.4, SD = 0.75) post (M = 63.12, SD = 1); $d = 7.51^{***}$ .

<b>Estudio</b>	<b>Vidal et al. (2015)</b>
	WFIRS-P, CBT, pre (M = 32.92, SD = 2.46) post (M = 28.24, SD = 2.51); GC, pre (M = 34.57, SD = 2.38) post (M = 33.92, SD = 2.44); $d = 2.29^*$ . No hubo diferencias significativas en el resto de las medidas.

<b>Estudio</b>	<b>Meyer et al. (2021)</b>
<b>País</b>	Suecia.
<b>Muestra</b>	Clínica de ámbito hospitalario y subclínica (18%).
<b>Tº. Farmac.</b>	Sí (76% de la muestra, tanto para el TDAH como otro medicamento adicional), bajo compromiso inicial de mantener una dosis estable durante el periodo de intervención
<b>Comorbilidad</b>	Sí (en el 59,9 % de la muestra). Se excluyen: Depresión severa, intento de suicidio, psicosis, trastorno bipolar sin medicación estable, discapacidad intelectual, daño cerebral orgánico, trastorno del espectro autista y abuso de sustancias actual.
<b>Variables</b>	Síntomas de TDAH, Deterioro funcional, Impacto de los síntomas sobre el bienestar, Calidad de vida, Mindfulness.
<b>Instrumentos</b>	<b>Primarios:</b> ASRS-A (Síntomas de TDAH), CSDS (Impacto funcional), IAS (Impacto de síntomas), GQL (Calidad de vida), FFMQ (Mindfulness). <b>Secundarios:</b> SDQ (Problemas emocionales y conductuales), HADS (Síntomas de ansiedad y depresión), PAS (Estrés percibido), KSQ (Problemas de sueño), Aceptabilidad del tratamiento (adaptado para este estudio).
<b>Informantes</b>	Padres y adolescentes.
<b>Medición</b>	Pre, post y seguimiento a los 6 meses.
<b>Resultados</b>	ASRS-A versión padres, T1-T3: SSTG, $F = 6.34^{***}$ ; $d = .62$ ; GC: $F = 3.85^{***}$ . ASRS-A autoinforme, T1-T3: SSTG, $F = 3.16^*$ . CSDS versión padres, T1-T3: SSTG, $F = 2.95^{**}$ ; GC, $F = 3.49^{**}$ . T1-T2: SSTG, $F = 3.58^{***}$ ; $d = .59$ . CSDS autoinforme, T1-T3: SSTG, $F = 2.55^{**}$ . Diferencias no significativas ( $.01 \leq d \leq -.33$ ). Para las diferencias intragrupo: $.26 \leq d \leq .45$ . SDQ padres, T1-T2: SSTG, $F = 2.90^{***}$ ; $d = .68$ ; GC, $F = 1.93^{**}$ . T1-T3, SSTG, $F = 3.41^{***}$ ; $d = .69$ ; GC, $F = 2.52^{***}$ . SDQ adolescentes, T1-T3: SSTG, $F = 1.58^{**}$ ; GC, $F = 2.10^{***}$ . HADS, T1-T: SSTG, $F = 1.61^*$ . KSQ, Interacción tiempo x grupo, T1-T2: SSTG, $F = 2.34^*$ a favor del GC. Para SDQ, HADS y PADS no se observaron diferencias entre los dos grupos ( $.09 \leq d \leq .36$ ). Las restantes diferencias intragrupo en resultados secundarios mostraron efectos pequeños ( $.25 \leq d \leq .46$ ).

Estudio	Haugan et al. (2022)
<b>País</b>	Noruega.
<b>Muestra</b>	Clínica de ámbito hospitalario y subclínica (34%).
<b>T<sup>o</sup>. Farmac.</b>	Sí (91% de la muestra en dosis estables durante los dos meses previos).
<b>Comorbilidad</b>	Sí, en el 53% de la muestra total (trastornos de ansiedad, 27%; ODD, 11%; depresión leve o moderada, 11%; trastorno obsesivo-compulsivo, 3%; trastorno por tics, 9%, trastorno del espectro autista, 4%, y; trastorno postraumático, 1%).
<b>Variables</b>	Síntomas de TDAH, Severidad de síntomas TDAH, Funcionamiento psicosocial general, Impacto funcional, Funciones ejecutivas, Síntomas de ansiedad y depresión, Autoeficacia percibida, Autoestima, Sueño.
<b>Instrumentos</b>	Satisfacción de criterios de elegibilidad: CGAS y CGI-S (severidad TDAH), CIE-10, DSM-5 y K-SADS-PL (dx TDAH), WISC-V y WAIS-IV. Resultados intervención: (a) Primarios: ADHD-RS (síntomas TDAH); (b) Secundarios: Impacto funcional: CGAS (Severidad de síntomas TDAH), CGI (Funcionamiento psicosocial general); WFIRS (Impacto funcional); Funciones ejecutivas: BRIEF; Funciones emocionales: SCARED, SMFQ, General Perceived Self-Efficacy
<b>Informantes</b>	Padres, profesores y adolescentes.
<b>Medición</b>	Pre y post.
<b>Resultados</b>	ADHD-RS. No se hallaron diferencias pre/post significativas entre grupos para ninguno de los informantes: versión para padres (diferencia estimada: -0.08 favorable para CBT, 95 % IC (-2,5-2,32), $p = 0.95$ ); versión autoinforme (diferencia estimada: 1,44 favorable al GC, 95% IC (-1,65-4,52), $p = 0.36$ ), y; versión profesores (diferencia estimada: -1,51 favorable al GC, 95% IC (-5,1-2,00), $p = 0.40$ ). La diferencia clínicamente significativa se fija en un $IC \geq 6$ . Ninguno de los resultados secundarios fue significativo en ninguna de las medidas. A nivel intragrupo se encontró reducciones en la severidad de síntomas en ambos grupos (CGI-S), en el autoinforme y versión para padres en el impacto funcional (WFIRS) y según los tres informantes en funciones ejecutivas (BRIEF).

*Nota.* **ADHD-RS:** ADHD Rating Scale (Dupaul et al., 1998); **ASRS-A:** Adult ADHD Self-Report Scale for Adolescents (Sonny et al., 2015); **BDI:** Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961); **BRIEF:** Behaviour Rating Inventory of Executive Function (Gioia et al., 2000); **CADDRA:** Canadian ADHD Practice Guidelines (2000); **CBT:** Terapia Cognitivo-Conductual; **CGI-I:** Clinical Global Impression for Improvement (Guy et al., 1976); **CGI-S:** Clinical Global Impression Scale for Severity (NIMH, 1985); **CSDS:** Child Sheehan Disability Scale (Whiteside, 2009); **DD:** Oppositional Defiant Disorder (Trastorno Oposicionista Desafiante); dx: diagnóstico; **EMM:** Medias Marginales Estimadas; **FFMQ:** Five Facet Mindfulness Questionnaire (Lilja et al., 2011); **GAF:** Global Assessment of Functioning (APA, 2000); **GPSS:** General Perceived Self-Efficacy Scale (Schwarzer et al., 1995); **GQL:** Global Quality of Life Scale (Ivarsson et al., 2010); **HADS:** Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond y Snaith, 1983); **IAS:** Impact of ADHD Symptoms (Construido para este estudio); **IC:** Intervalo de Confianza; **ISRS:** Inhibidor Selectivo de Recaptación de Serotonina; **KSQ:** Karolinska Sleep Questionnaire (Nordin et al., 2013); **M:** Media; **ODD:** Oppositional Defiant Disorder (Trastorno Oposicionista Desafiante); **PAS:** Pressure Activation Stress scale (Lindblad et al., 2011); **RSES:** Rosenberg Self-Esteem scale (Rosenberg, 1975); **SCARED:** Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (Birmaher et al., 1997); **SD:** Desviación estándar; **SDQ:** Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997); **SMFQ:** Mood and Feelings Questionnaire-short versión (Angold et al., 1995); **SSTG:** Structured Skills Training Group; **STAI:** State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1986); **STAXI-2:** State-Trait Anger Expression Inventory-2 (Spielberger, 1999); **SSRS:** Social Skills Rating System (Gresham y Elliot, 1990); **Tto. Farmac.:** tratamiento farmacológico; **WFIRS:** Weiss Functional Impairment Rating Scale-(CADDRA, 2000); **YT:** Youtube \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

*Apéndice C. Características sustantivas de las muestras e intervenciones*

Estudio	N	Sexo		Edad	NS y D	Frec.	IS	Duración	GE (n)	GC (n)	Intervención a padres
		H	M								
Ansthel et al (2003)	120	90	30	8-12 (9.9)	8 (90 min)	Semanal	7 días	8 sem de intervención y Seguim. 3m	SST (80): grupo heterogéneo (40) + grupo homogéneo (40)	Pasivo: Lista de espera (40) mismo % en la distribución de sexo que el GE (75% v, 25% m), pero no equivalente	Sí (3 sesiones grupales distribuidas en las 8 semanas)
Vidal et al. (2015)	119	81	38	15-21 (17.2)	12	NI	NI	Reclutamiento: 1 año 11 meses NI	CBT group (59)	Pasivo: Lista de espera (60) con un porcentaje similar al GE de representación por sexo (70% v frente al 30% m)	No
Meyer et al. (2021)	184	79	105	15-18 (16.6)	14 (120 min)	Semanal	7 días	Desde el reclutamiento hasta la última medida de seguimiento: 2015-2019	SSTG (85)	Activo: Intervención psicoeducativa (79). 3 sesiones de 120 min.	No
Haugan et al. (2022)	100	43	57	14-18 (15.3)	12 (90 min)	Semanal	7 días	12 semanas Reclutamiento: desde feb 2017 Última medida de seguimiento: ener 2020.	CBT group (50) + seguimiento médico semanal rutinario. El 92% recibe psicoeducación breve antes	Pasivo: Medicación + seguimiento médico semanal rutinario (50)	No

*Nota.* **NS:** Número de sesiones; **D:** Duración; **IS:** Intervalo entre sesiones; **GE:** Grupo experimental; **GC:** Grupo Control; **NI:** No Informa; **GE:** Grupo Experimental; **SST:** Social Skills Training; **CBT:** Cognitive-Behavioural Therapy; **SSTG:** Structure Skills Training Group

# GROUP COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY FOR ADHD IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: A SYSTEMATIC REVIEW OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

NEREA PADÍN-CAÑO Y M. ÁNGELES LÓPEZ-GONZÁLEZ

## EXTENDED SUMMARY

### Introduction

Reference clinical practice guidelines (CPGs) (NICE, 2018; SNS, 2017) agree that Cognitive Behavioural Therapy (CBT) should be considered as a first line psychological treatment for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Recent studies (Ogundele et al., 2023; SNS, 2017) do not differ on the appropriateness of carrying out a multidisciplinary treatment that considers the main contexts of development: the children themselves, the family and the school. However, there are few contributions that account for interventions directly applied to the child (Coelho et al, 2017; Vidal, 2015). Instead, there is a predominance of indirect strategies focused on working with the family or the school environment. This is in clear contrast with the CPG's recommendation stated previously. Nevertheless, and despite being committed to pointing out CBT as a first-line choice, the CPGs do not specify what types of cognitive-behavioural therapies could be the most beneficial after 5 years (Vidal, 2015). Considering the possible benefits that the use of therapy groups in childhood and adolescence can bring (Ortuño & Illana, 2014), it is hypothesised that this modality of therapy could be especially attractive in a group-based setting.

The aim of this study was to conduct a systematic review of randomised clinical trials to explore the possible gains of group CBT applied as a direct intervention for children and adolescents with ADHD. The specific objectives are to determine whether: (a) determine the number of existing publications that apply group CBT as a direct intervention for young people with ADHD (b)

examine the extent to which group CBT applied directly to children and adolescents with ADHD, as a complementary therapy to pharmacological treatment, improves the symptoms associated with ADHD.

### Method

Following the latest update of the PRISMA guidelines (Page et al. 2020), the research procedure it combined formal and informal search strategies (Sánchez-Meca, 2010).

Inclusion criteria consist in: (a) The participants are children or adolescents aged 5-18 years with a diagnosis of ADHD, (b) The intervention consists of a group treatment program based on the principles of CBT, (c) A comparison group is available, regardless of whether this group is undergoing a different intervention, individual treatment, pharmacological treatment only, or undergoing the treatment usually received, (d) Results: only those studies that have pre-post comparative measures, or that have a measure of comparison of post-outcome of the compared interventions regarding their efficacy in reducing ADHD symptoms or related symptoms (depression, anxiety, etc.) and (e) That the design is a Randomised Clinical Trial (RCT) or a quasi-Randomised Clinical Trial (qRCT). Exclusion criteria were: (a) Theoretical works, reviews, meta-analyses, and case studies, (b) Studies that handle samples without a diagnosis of ADHD or that are focused on a different pathology, (c) Studies aimed exclusively at adults, and (d) Studies that contemplate only pharmacological interventions.

Firstly, as part of a formal strategy, the following databases were consulted: SCOPUS, WoS, Academic Research Premier, ProQuest, PsycInfo, MedLine, E-Journals



and Pubpsych. The search was limited to young people between the ages of 5 and 18, and no time limitation was established. The search equation used was: [TOPIC/ TI, AB, KW: (adhd or "attention deficit hyperactivity disorder" or "attention deficit disorder" or add or hyperactiv\* or "short attention span" or "attention\* deficit" or "hyperkinetic syndrome") AND ("group therap\*" or "group counseling" or "group intervent\*") AND (Child\* OR Adolesc\* OR youth OR teenager\*) AND (rct or "random\* control\* trial") AND ("Cognitive behav\*" or CBT)].

The search process continued with a review of bibliographic references available in the publications retrieved and the consultation of the professional profiles of the main authors on social networks (Linkedin, Dialnet, Research Gate, etc.), as well as with the manual review of the "Journal of Attention Disorders". All the references found were exported to Mendeley Reference Manager 2.61.0.

Specifically, based on previous strategies (González-Brignardello et al., 2023; López-González et al., 2021; López-González et al., 2022; López-González et al., 2023), and in light of the eligibility criteria, a derivation of the PICO format was used to decide which studies were eligible and followed the "Documents, Concept, Studies, Participants, Intervention, Comparison, Results, Design" format. According to this format, a custom Excel datasheet was designed for data selection, encoding, and extraction.

In order to assess the methodological quality of the studies that satisfied the criteria, and to estimate the risk of bias, we used Rob 2: Revised Cochrane Risk Of Bias Tool for Randomised Trials (Sterne et al., 2019).

## Results

The document search procedure was reflected in the form of a Flowchart. The search identified 4 clinical trials that evaluated the efficacy of group Cognitive Behavioural Therapy to reduce the symptoms associated with attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. The information extracted from the studies was organised using a table detailing the characteristics of the sample, the type of analysis and the main results of each study. In terms of methodological quality, only one study (Haugan

et al., 2022) received an overall score of "low risk" for all domains assessed with Rob 2.

Generally, the cognitive behavioural interventions applied do not show significant effects on ADHD symptomatology –75% of the studies– when their results are compared with those of passive control groups - i.e., waiting list - or treatment as usual, or when compared with those of an active control group of brief psychoeducation. Only one study (Vidal et al., 2015) demonstrates significant beneficial effects when applying group Cognitive Behavioural Therapy as a direct intervention in adolescents with ADHD, reaching very large effect sizes ( $d = 8.38$  for parents,  $d = 7.5$  for youth), especially for inattention symptoms. In addition, parents and clinicians report a significant decrease in the functional impact ( $d = 7.51$ ) caused by the disorder.

Regarding the impact of group CBT on other symptoms usually associated with ADHD, there are some positive results regarding social behavior, assertiveness, and general difficulties at an emotional and behavioural level.

## Discussion

The first specific objective was to know the number of existing publications that apply group CBT as a direct intervention for young people with ADHD. The small number of records found reveals a significant gap in the state of knowledge of the issue.

Our second objective was to examine the extent to which group CBT applied directly to children and adolescents with ADHD, as a complementary therapy to pharmacological treatment, improves the symptomatology associated with ADHD. In this regard, it should be noted that, despite the fact that only one of the retrieved studies (Vidal et al., 2015) has shown positive results on the reduction of symptoms of inattention, hyperactivity and impulsivity and on their severity (compared to the effects produced by medication in a waiting list group); It seems that the potential advantages associated with a group therapy modality in young people with ADHD could be extended to other associated symptoms explored in the different trials (social behaviour, assertiveness, and general

emotional and behavioural difficulties) that contribute to improving well-being and general quality of life. Ultimately, the results found by Vidal et al. (2015) could be interpreted as some preliminary evidence that points to the need for further studies in this regard.

Among the factors that potentially limit the presence of more significant results in the different trials are initially low emotional symptomatology (Vidal et al., 2015), the heterogeneity of the population under study, the comparison with active control groups that share the psychoeducational component with group CBT (Meyer et al., 2021), the lack of parental involvement in the intervention (Haugan et al., 2022) or the need for more extensive practice of the different skills taught (Haugan et al., 2022; Meyer et al., 2021).

The main conclusions of this review are, firstly, that the already denounced (Coelho et al., 2017; Vidal, 2015) scarce scientific production found does not allow definitive conclusions to be drawn about the comparative gains of group CBT in children and adolescents with ADHD on the reduction of nuclear symptoms nor on the symptoms commonly associated with this disorder. The fact that a study has shown positive results can be interpreted as some preliminary support for the potential benefits derived from the use of a group format when working with children and adolescents (Ortuño & Illana, 2014).

Secondly, the discrepancy between the types of interventions tested makes it difficult to compare results, as well as to choose one type of CBT over another. While some of them, such as Social Skills Training (SST), which incorporates parental intervention, are aimed at the social functioning of children with ADHD who present behavioural problems, others, such as the group CBT of Vidal et al. (2015) and Haugan (2022), preserve more faithfully

some basic components of the cognitive behavioural model. On the other hand, the SSTG implemented by Meyer et al. (2021) includes aspects inherent to third-generation therapies such as mindfulness or acceptance, distancing itself from the line followed by previous treatment protocols.

The third conclusion is derived from the previous ones: it is not possible to determine which age groups (over 5 years) could benefit to a greater extent from one or another group intervention based on a cognitive behavioural approach. This makes it impossible to shed light on the already pointed out (Vidal, 2015) vagueness present in the recommendations contained in the main CPGs used in our country (NICE, 2018; SNS, 2017).

Among the limitations of the present review are the impossibility of having more researchers to provide rigour to the present review, the possible presence of Anglo-Saxon bias in the compilation of publications (which would compromise the representativeness of the results), and the fact that Rob 2 may be insensitive to the real opportunities of access to the intervention in its estimation of the bias of the performance of each study.

As a strong point of the work, it is worth mentioning that this is, as far as it has been proven, the first systematic review aimed at exploring the efficacy of group CBT on children and adolescents with ADHD available to date.

In future research, it would be advisable to launch more randomised controlled studies to provide a clear answer to the question that has been investigated in this review and to clarify, consequently, which psychological interventions are the most effective for young people with ADHD).