



**Universidad de Valladolid**  
**Grado en Enfermería**  
**Facultad de Enfermería de Valladolid**

**UVa**

**Curso 2020-2021**  
**Trabajo de Fin de Grado**

**Efectividad y beneficios del  
Mindfulness en adultos con Trastorno  
por Déficit de Atención e  
Hiperactividad (TDAH): Una revisión  
sistemática.**

**Elena Cabrero Hazas**

**Tutora: M<sup>a</sup> Begoña Becoechea Gómez**

## AGRADECIMIENTOS

*A mi padre,  
Por enseñarme las bases del Mindfulness  
y animarme a investigar sobre este tema*

*A Begoña,  
Por guiarme y asesorarme en la  
elaboración de este proyecto*

*“El secreto de la salud para la mente y el cuerpo no es lamentarse por el pasado,  
ni preocuparse acerca del futuro, sino vivir el momento presente sabio y  
provechosamente”*

*- Siddharta Gautama Buda*

## **RESUMEN**

**Introducción:** El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico, crónico, complejo, multifactorial y de inicio en la infancia. En la actualidad, esta infradiagnosticado en adultos e incorrectamente tratado. El reconocimiento de su persistencia permite descubrir abordajes terapéuticos eficaces para este grupo de población. El tratamiento recomendado es el multimodal, que incorpora las TCC de tercera generación entre las cuales el mindfulness ha despertado creciente interés al comprobarse sus beneficios potenciales sobre la atención y concentración de la mente.

**Objetivos:** Evaluar la efectividad de las MBI en el tratamiento del TDAH en los adultos diagnosticados según los criterios del DSM-IV(TR) y V.

**Material y métodos:** Revisión sistemática de ensayos clínicos y estudios piloto sobre intervenciones basadas en mindfulness dirigidas a adultos con TDAH. Se buscaron artículos publicados en los últimos 10 años, en inglés y en español, con acceso al texto completo en bases de datos científicas.

**Resultados:** Se obtuvo un total de 555 artículos de los cuales 13 fueron analizados. Todos los estudios reportaron mejorías en la gravedad de síntomas centrales del TDAH con grandes tamaños de efecto y de los 8 estudios que analizaron la sintomatología comórbida en 4 se obtuvieron resultados positivos.

**Conclusión:** La práctica del mindfulness ha demostrado tener un efecto positivo en la reducción de los síntomas centrales y comórbidos de pacientes con TDAH, así como beneficios adicionales sobre su salud y calidad de vida. Las enfermeras podrían incorporar estas técnicas como competencia avanzada en el cuidado de pacientes con TDAH.

**Palabras clave:** Mindfulness, atención plena, beneficios, TDAH, enfermería, adulto.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** ADHD is a originally neurobiological, chronic, complex, multifactorial, childhood-onset disease. Nowadays, it is under-diagnosed and improperly treated in adults. The recognition of its persistence enables us to discover effective therapeutic approaches in this population. The recommended treatment is multimodal, which involves third-generation CBT therapies in which mindfulness has aroused growing interest due to its proven potential benefits on attention and mindful concentration.

**Objectives:** To evaluate the effectiveness of MBI in the treatment of ADHD in adults diagnosed according to the DSM-V(TR) and V criteria.

**Method:** Systematic review of clinical trials and pilot studies about mindfulness-based interventions aimed at adults with ADHD. Articles published in the last 10 years, in English and Spanish, with full text availability were searched in scientific databases.

**Results:** A total of 555 articles were obtained, of which 13 were analyzed. The whole studies reported improvement in the seriousness of central symptoms of ADHD with a large effect size, and 4 out of 8 studies that analysed comorbid symptomatology, achieved positive results.

**Conclusion:** Mindfulness practice has been proven to have a positive effect in reducing central and comorbid symptoms of patients with ADHD as well as additional benefits on their health and quality of life. Nurses could incorporate this techniques as an advanced competency in ADHD patients care.

**Keywords:** Mindfulness, benefits, ADHD, nursing, adult

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1 JUSTIFICACIÓN .....	8
1.2 OBJETIVOS .....	9
<b>2. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>10</b>
2.1 DISEÑO DEL ESTUDIO .....	10
2.2 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD .....	10
2.3 FUENTES DE INFORMACIÓN .....	10
2.4 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA .....	11
2.5 SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	11
2.6 PROCESO DE EXTRACCIÓN DE DATOS.....	12
2.7 RIESGO DE SESGO EN LOS ESTUDIOS .....	12
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
3.1 SELECCIÓN DE ESTUDIOS.....	13
3.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS.....	14
3.3 RIESGO DE SESGO EN LOS ESTUDIOS. ....	17
3.4 RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS INDIVIDUALES .....	18
<b>4. DISCUSIÓN.....</b>	<b>21</b>
4.1 LIMITACIONES .....	25
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>26</b>
5.1 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	27
5.2 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	27
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>28</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>31</b>
7.1 ANEXO I. CHECKLIST PRISMA 2009 .....	31
7.2 ANEXO II. ECUACIONES DE BÚSQUEDA EN LAS BASES DE DATOS EMPLEADAS.....	34
7.3 ANEXO III. HERRAMIENTA CASPE PARA LA EVALUACIÓN DE CALIDAD .....	35
7.4 ANEXO IV. SÍNTESIS DE RESULTADOS .....	37

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Síntomas del TDAH según el DSM-V .....	2
<b>Tabla 2.</b> Checklist PRISMA 2009 .....	31
<b>Tabla 3.</b> Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos empleadas .....	34
<b>Tabla 4.</b> Herramienta CASPe para la evaluación de calidad .....	35
<b>Tabla 5.</b> Síntesis de resultados.....	37

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Diagrama de flujo .....	14
--	----

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

**AAQoL:** Adult ADHD Quality of Life Questionnaire- *Cuestionario de calidad de vida para adultos con TDAH*

**ACT:** Acceptance and Commitment Therapy- *Terapia de Aceptación y Compromiso.*

**ANT:** Attention Network Task- *Tarea de red de atención.*

**APA:** American Psychiatric Association- *Asociación Psiquiátrica Americana.*

**ASRS:** Adult ADHD Self-Report Scale- *Escala de Auto-Reporte de TDAH en adultos.*

**BAARS-IV:** Barkley Adult ADHD Rating Scale, 4<sup>o</sup> edition- *Escala de calificación de TDAH en adultos de Barkley, 4<sup>a</sup> edición.*

**BAI:** Beck Anxiety Inventory- *Inventario de ansiedad de Beck.*

**BRIEF-A:** Behavior Rating Inventory of Executive Functioning-Adult Version- *Inventario de calificación de comportamiento del funcionamiento ejecutivo-versión para adultos*

**BDI-II:** Beck Depression Inventory, 2nd edition- *Inventario de depresión de Beck, 2<sup>a</sup> edición.*

**BHS:** Beck Hopelessness Scale- *Escala de desesperanza de Beck.*

**BSI:** Brief Symptom Inventory- *Inventario Breve de Síntomas.*

**CAARS:** Conner's Adult ADHD Rating Scales- *Escala de Conner's de Calificación de TDAH para Adultos.*

**CAARS-SV:** Conners Adult ADHD Rating Scales Screening Version

**CASPe:** Critical Appraisal Skills Program Español- *Programa de Habilidades en Lectura Crítica en español.*

**CBT:** Cognitive Behavioral Therapy

**CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades.

**CPT-II:** Conners' Continuous Performance Test, 2nd edition- *Prueba de rendimiento continuo de Conners, 2ª edición*

**DBT:** Dialectical Behavior Therapy- *Terapia Conductual Dialéctica.*

**DeCS:** Descriptores en Ciencias de la Salud

**DERS:** Difficulties in Emotion Regulation Scale- *Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones.*

**DIVA:** Diagnostic Interview for ADHD in adults- *Entrevista diagnóstica de TDAH en adultos.*

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.*

**EC:** Ensayos Clínicos.

**EEG:** Electroencefalograma.

**EPOC:** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

**ERP:** Event-Related Potential- *Potencial relacionado con el evento.*

**FE:** Función ejecutiva.

**FFMQ-SF:** Five Facet Mindfulness Questionnaire, Short Form- *Cuestionario de atención plena de cinco facetas, versión reducida*

**fRM:** Functional Magnetic Resonance Imaging- *Imágenes de resonancia magnética funcional*

**GPA:** Grade Point Average- Promedio de calificaciones.

**ISRS:** Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

**KIMS:** Kentucky Inventory of Mindfulness Skills- *Inventario de habilidades de atención plena de Kentucky.*

**LE:** Lista de espera.

**MAAS:** Mindful Attention Awareness Scale- *Escala de conciencia de atención plena.*

**MAPs:** Mindful Awareness Practices- *Prácticas de conciencia plena.*

**MBI:** Mindfulness Based Interventions- *Intervenciones Basadas en la Atención Plena.*

**MBMT:** Mindfulness-Based Music Therapy-*Musicoterapia basada en la atención plena.*

**MBSR:** Mindfulness Based Stress Reduction- *Terapias de Reducción del Estrés Basada en Mindfulness.*

**MBTC:** Mindfulness-Based Cognitive Therapy- *Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness.*

**MHC-SF:** Positive Mental Health Short Form- *Salud mental positiva- formulario corto*

**MPH:** Metilfenidato

**MeSH:** Medical Subject Headings- *Encabezados de Temas Médicos.*

**OQ 45.2:** Outcome Questionnaire- *Cuestionario de resultados.*

**PANAS-X:** Manual for Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form- *Manual para el formulario ampliado de programación de afectos positivos y negativos.*

**PE:** Psicoeducación.

**PSS:** Perceived Stress Scale- *Escala de estrés percibido.*

**SCS-SF:** Self compassion Scale-Short Form- *Escala de Autocompasión-formulario corto*

**SDP:** Síndrome de Desgaste Profesional.

**SF:** Short Form Health Survey- *Encuesta de salud Versión Reducida.*

**STAI-T:** State-Trait Anxiety Inventory- *Inventario de ansiedad rasgo-estado*

**STAXI:** State-Trait Anger Expression Inventory- *Inventario de expresión de ira de rasgo de estado.*

**TAU:** Treatment As Usual- *Tratamiento Habitual*

**TCC:** Terapia Cognitivo Conductual.

**TCS:** Treatment Credibility Scale- *Escala de Credibilidad del Tratamiento.*

**TDAH:** Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

# 1. INTRODUCCIÓN

## Marco conceptual, epidemiología y diagnóstico del TDAH

Durante más de 70 años, la investigación acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se ha centrado en la población infantil, ya que se creía que este trastorno no persistía hasta la adultez <sup>(1,3)</sup>. Sin embargo, artículos recientes afirman la presencia del TDAH en la edad adulta. Se estima una persistencia del 40-60% en la edad adulta y una prevalencia entre el 2.5 y 5% en adultos <sup>(2,4)</sup>, que varía en función del sexo siendo de 1.6 varones por cada mujer adulta mientras que en la infancia es de dos niños por cada niña <sup>(2)</sup>.

Hasta un 80% de pacientes con TDAH, presentan al menos otro trastorno psiquiátrico: trastorno depresivo mayor, ansiedad, trastornos de personalidad, trastorno por consumo de sustancias <sup>(2,6)</sup>, trastorno por crisis de pánico y trastorno obsesivo compulsivo <sup>(1,8)</sup>. En las mujeres, la comorbilidad se asocia con mayor frecuencia a los trastornos ansioso-depresivos mientras que en los hombres, con trastornos por abuso de sustancias <sup>(1)</sup>.

En la práctica habitual, el TDAH en adultos está infradiagnosticado estimándose que hasta un 90% de los mismos están sin diagnosticar y tratar <sup>(2)</sup>. El reconocimiento de la persistencia del TDAH en la edad adulta permite redescubrir a pacientes sin diagnosticar que desde hace tiempo, no se han sabido valorar ni por tanto abordar correctamente en toda su complejidad <sup>(1)</sup>.

Las investigaciones acerca de la etiología del TDAH continúan ya que su causa exacta no está clara <sup>(6)</sup>, podría considerarse multifactorial coexistiendo varias hipótesis etiológicas, entre las cuales consideramos: la **genética**, que ha demostrado una alta heredabilidad del trastorno <sup>(5)</sup>, la **ambiental o por factores adquiridos** por exposición a sustancias o acontecimientos durante el embarazo y parto <sup>(5,6)</sup>, la **neurobiológica o anatómica** y la **neurotransmisora o neuroquímica** que defiende la presencia de una disfunción en los circuitos mediados por la dopamina y noradrenalina <sup>(1,3,5)</sup>.

Actualmente, el diagnóstico está basado en criterios clínicos pues no se disponen de biomarcadores específicos del trastorno, por eso no se recomienda la utilización indiscriminada ni rutinaria de pruebas complementarias <sup>(3)</sup> como estudios de imagen ya que, no son aún sensibles ni específicos para ser considerados pruebas diagnósticas recomendadas en la práctica clínica <sup>(1)</sup>.

Para su diagnóstico, se requiere la elaboración de una historia clínica minuciosa por un profesional o médico de salud mental cualificado que integre diversas fuentes de información<sup>(3)</sup>.

Los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), son ampliamente utilizados para el diagnóstico del TDAH en nuestro país, seguido de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)<sup>(3)</sup>.

Según el DSM-V, el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo crónico, complejo y multifactorial<sup>(2)</sup>, de origen neurobiológico<sup>(3)</sup> de inicio en la infancia e identificable a través de un patrón persistente de conductas caracterizadas por tres tipos de síntomas: desatención, hiperactividad e impulsividad que interfieren significativamente en el funcionamiento o desarrollo<sup>(4,5)</sup>. A continuación se mencionan en la *Tabla 1*.

**Tabla 1.** Síntomas del TDAH según el DSM-V.

DESATENCIÓN	HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD
<i>SÍNTOMAS</i>	
No prestar atención a los detalles o incurrir en errores por descuido en el trabajo u otras actividades	Mueve en exceso manos o pies, se remueve en el asiento
Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas	Abandona el asiento en situaciones en que se espera que permanezca sentado
No escucha cuando se le habla directamente	Corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas. En adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud.
No sigue instrucciones y no finaliza encargos u obligaciones de trabajo	Dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
Dificultad para organizar tareas y actividades	“Está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor
Evita, le disgusta o es renuente en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido	Habla en exceso
Extravía objetos necesarios para las tareas o actividades	Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes	Dificultad para guardar el turno
Descuido en actividades diarias	Interrumpe o se inmiscuye en actividades de otros

Además, hay que tener en cuenta que:

- Varios síntomas de desatención o hiperactividad/impulsividad estaban presentes antes de los 12 años.
- Varios síntomas de desatención o hiperactividad/impulsividad están presentes en dos o más ambientes: casa, trabajo, con amigos o en otras actividades.
- Hay una clara evidencia de que los síntomas interfieren o reducen la calidad de su funcionamiento social, académico o laboral.
- Los síntomas no ocurren exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Se debe tener en cuenta que los síntomas anteriormente mencionados, pueden reducirse o estar ausentes cuando el individuo recibe recompensas por comportamientos apropiados, está bajo supervisión o ante actividades especialmente interesantes.

En función de los síntomas presentes, se clasificarán en las siguientes presentaciones <sup>(4)</sup>:

- **Presentación combinada:** Si cumplen 5 síntomas (o más) de desatención e hiperactividad/impulsividad durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominantemente desatento:** Si cumplen 5 síntomas (o más) de desatención, pero no de hiperactividad/impulsividad durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominantemente hiperactivo/impulsivo:** Si cumplen 5 síntomas (o más) de hiperactividad/impulsividad, pero no de desatención durante los últimos 6 meses.

No todas las personas con TDAH experimentan los síntomas con la misma gravedad, pudiendo diferenciar entre un TDAH **leve, moderado o grave**, manifestándose en este último, marcadas limitaciones en el funcionamiento social o laboral <sup>(4)</sup>.

Cuando se han cumplido previamente todos los criterios y en los últimos 6 meses no se han manifestado pero los síntomas todavía siguen deteriorando el funcionamiento social, académico, o laboral, nos encontramos ante un TDAH en **remisión parcial** <sup>(4)</sup>.

## **Evolución del TDAH en adultos**

Los signos y síntomas principales que se manifiestan, no suelen ser fácilmente observables y claros por lo que exigen una mayor “comprensión interpretativa”<sup>(7)</sup>.

En los adultos la hiperactividad puede disminuir<sup>(1)</sup>, pero los problemas relacionados con la impulsividad, la inquietud, desorganización<sup>(2)</sup>, negligencia, irresponsabilidad y dificultad para prestar atención, pueden continuar<sup>(1,6,8)</sup>. Es preciso considerar que los síntomas externamente más ostensibles se van atenuando con el tiempo<sup>(3)</sup>.

A su vez, estos síntomas acarrear consecuencias en el ámbito social, personal y profesional, entre ellas: relaciones inestables, fracaso académico, cambios y pérdidas de trabajo, aplazamiento de tareas que requieren un mayor esfuerzo, dificultades para concluir proyectos, problemas financieros por gastos impulsivos o imposibilidad de pagar las facturas a tiempo, baja autoestima, bajo nivel socio-económico, mayor comorbilidad psiquiátrica, riesgo de accidentes, deterioro de la calidad de vida y otros problemas cotidianos de ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz que mejore en lo posible su pronóstico evolutivo<sup>(1-3,5,6,8,9)</sup>.

## **Evaluación**

La evaluación del TDAH en el adulto requiere un esfuerzo por integrar todos los datos clínicos disponibles que ayudarán a la realización del diagnóstico<sup>(1)</sup>.

Ciertos protocolos son indispensables para una evaluación integral. Se requiere una historia clínica completa del paciente<sup>(1)</sup> a través de una entrevista diagnóstica exhaustiva, listas de verificación de síntomas del DSM-V, escalas de valoración de conducta estandarizadas para el TDAH, pruebas psicométricas<sup>(9)</sup>, cuestionarios autoadministrados de síntomas, rendimiento neuropsicológico<sup>(1,8)</sup> y evaluación de comorbilidad psicopatológica<sup>(1)</sup>. No existen pruebas médicas, físicas o genéticas para el TDAH<sup>(9)</sup>.

La DIVA-5, es la versión actualizada de la DIVA 2.0. Es una entrevista diagnóstica estructurada para adultos, y se basa en los criterios de TDAH del DSM-V. Pregunta solo sobre los síntomas centrales del TDAH necesarios para realizar el diagnóstico, sobre la presencia de síntomas de TDAH en la edad adulta y en la niñez, la cronicidad de estos síntomas y las deficiencias significativas debidas a estos síntomas<sup>(10)</sup>.

## **Tratamiento del TDAH**

El tratamiento recomendado en el adulto con TDAH es el multimodal <sup>(3,6,12)</sup> y multidisciplinar, que combina la medicación con estrategias psicológicas como la psicoeducación (PE) o terapia cognitivo conductual (TCC) <sup>(2)</sup>. Debe ser individualizado y personalizado ajustándose a las necesidades personales <sup>(2)</sup> según su edad, gravedad, repercusión, preferencias y la comorbilidad existente <sup>(3)</sup>.

Los fármacos psicoestimulantes como el metilfenidato (MPH) o anfetamina son considerados de primera elección en adultos por las guías clínicas <sup>(2)</sup>. Son bien tolerados y muestran eficacia y seguridad para el tratamiento de adultos con TDAH <sup>(8)</sup>.

La atomoxetina es un fármaco no psicoestimulante que ha demostrado eficacia en este trastorno siendo seguro y bien tolerado. El bupropión es un antidepresivo eficaz en el TDAH combinado con trastornos comórbidos como la depresión o trastorno bipolar <sup>(8)</sup>. Ambos actúan lentamente, pero son buenas opciones si no se puede recurrir a estimulantes por problemas de salud o si estos causan efectos secundarios <sup>(12)</sup>.

Por lo general, la tolerabilidad y la eficacia de los fármacos son algo menores en adultos que en niños, por lo que la dosis adecuada variará según cada persona. Las tomas se limitan a una única al día, pero algunos estimulantes pueden requerir más <sup>(2, 12)</sup>.

Se registran síntomas residuales secundarios al tratamiento, de ahí que haya pacientes que desean reducir el uso de medicamentos y buscar enfoques alternativos motivando en ellos, el uso de opciones no farmacológicas <sup>(11)</sup>.

Entre las estrategias psicológicas que se combinan, la TCC enseña habilidades específicas para controlar la conducta y cambiar patrones de pensamiento negativo por positivos. Otros estudios indican que la meditación puede ayudar a mejorar el estado de ánimo y la atención en los adultos con TDAH, así como en los que no tienen TDAH <sup>(12)</sup>.

### **Mindfulness**

El origen del mindfulness se remonta hace más de 2.500 años en el budismo, del cual extrae las técnicas del zen y de la meditación, omitiendo sus aspectos religiosos <sup>(13)</sup>.

En 1979 se popularizó esta práctica como aplicación terapéutica gracias a Jon Kabat-Zinn, padre del Mindfulness, meditador y budista que fundó la Clínica de Reducción del Estrés en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts y desarrolló el Programa de reducción del estrés basado en Mindfulness (MBSR) de 8 semanas de duración, para

tratar a pacientes con enfermedades crónicas<sup>(13)</sup>.

Diferentes autores se refieren al mindfulness con significados similares aunque ligeramente diferentes. Kabat-Zinn lo define como “llevar la propia atención a las experiencias que se están experimentando en el momento presente, aceptándolas sin juzgar” mientras otros autores como Bishop et al., hacen una definición más detallada como: “Una forma de atención no elaborativa que no juzga centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocida y aceptada tal como es”<sup>(14)</sup>.

El primer efecto de la práctica de mindfulness es el desarrollo de la capacidad de concentración de la mente. El aumento de la concentración trae consigo la serenidad. Y el cultivo de la serenidad nos conduce a un aumento de la comprensión de la realidad (tanto externa como interna) y nos aproxima a percibir la realidad tal como es<sup>(14)</sup>.

Además aporta una serie de efectos beneficiosos como: mejora de la atención, facilidad para regular las propias emociones, mayor flexibilidad cognitiva y facilidad para cultivar estados y rasgos positivos, entre otros<sup>(14)</sup>.

En la actualidad, el mindfulness se ha integrado en las llamadas “terapias de tercera generación”. Se trata de que el sujeto cambie el curso de su experiencia subjetiva y de la conciencia que tiene de sus síntomas, de manera que estos vayan perdiendo su carga<sup>(15)</sup>. Una es el programa MBCT desarrollada del programa Jon Kabat-Zinn, que incorpora los avances y principios de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), de manera que se combinan la atención plena y conciencia personal del presente con la interrupción de patrones de pensamiento que conducen a espirales depresivas y ansiosas<sup>(16)</sup>.

Entrena a los pacientes para cambiar el modo de relacionarse con sus pensamientos, para que tomen conciencia de ellos, así como de sus emociones negativas<sup>(17)</sup>.

### **Relación entre el mindfulness y el TDAH**

En la actualidad, las intervenciones basadas en la atención plena se aplican a una población muy amplia que abarca tanto problemas de salud o trastornos mentales, como búsqueda del bienestar. Las más extendidas son: las terapias de reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR), la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBTC), la terapia conductual dialéctica (DBT) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT)<sup>(14)</sup>.

Algunas de las terapias más usadas en el TDAH son la DBT, MBCT o versiones que combinan ambos, como la MAPs (Mindful Awareness Practices) entre otras.

Los beneficios que aporta el mindfulness, tienen que ver con los principales síntomas y problemas que causa el TDAH, pues **mejora la atención** y es el primer beneficio más obvio para personas con TDAH, **reduce el estrés**, que se desarrolla a una consecuencia del TDAH, **potencia el equilibrio emocional**, pues el TDAH causa problemas de regulación emocional, **reduce la ansiedad**, algo muy importante a tener en cuenta ya que la ansiedad es el trastorno que con mayor frecuencia se presenta en asociación con el TDAH en los adultos y **previene las recaídas en depresión**, otro trastorno que generalmente se presenta con el TDAH en adultos <sup>(18)</sup>.

El mindfulness tiene un enfoque de dos pasos que consiste en orientar la atención de forma intencionada a un momento concreto, para luego acercarse a ese mismo momento con una “mente abierta y curiosa” <sup>(19)</sup>.

Contribuye en el proceso de aceptación personal, y paradójicamente a través de la aceptación, se generan posibilidades de crecimiento y de cambio. Su práctica diaria, fortalece las habilidades de la atención, desarrolla el conocimiento de nosotros mismos y de mejora del bienestar emocional. Los estudios que se han estado llevando a cabo, muestran que en diferentes grupos de personas, se han manifestado mejoras en los síntomas de la salud mental y una mayor sensación de bienestar <sup>(20)</sup>.

El mindfulness tiene ya una trayectoria en los cuidados ofrecidos por las enfermeras <sup>(22)</sup>. Las más expertas pueden practicarlo y enseñarlo para apoyar los cambios de estilo de vida y comportamiento, disminuir el estrés, mejorar la calidad de vida, y resultados de salud <sup>(21)</sup>.

Destaca el amplio abanico de ámbitos enfermeros en los que se aplica en la actualidad. Se ha empleado desde el ámbito oncológico, para aliviar los síntomas y mejorar su calidad de vida, hasta el de la salud mental, para promocionar el bienestar psíquico, reducir el estrés y ansiedad, mejorar las relaciones interpersonales y las habilidades sociales <sup>(22,23)</sup>.

Para integrar el Mindfulness en los cuidados de salud, es necesaria la previa formación y la práctica del profesional de esta herramienta hasta incorporarla en la vida cotidiana <sup>(22)</sup>.

Este nuevo recurso está al alcance de todos y puede mejorar los cuidados, favorecer la autorresponsabilidad en la sanación e incrementar la calidad de vida tanto de las personas a las que se atienden como de los profesionales <sup>(22)</sup>. Sin embargo, destaca la escasez de investigaciones desarrolladas por enfermeros, aplicando el programa de reducción de estrés MBSR o técnicas cognitivo-conductuales <sup>(23)</sup>.

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

Según la bibliografía revisada, actualmente el TDAH en adultos está infradiagnosticado y por lo tanto incorrectamente tratado. Existe consenso en utilizar un abordaje que combine el tratamiento farmacológico con estrategias psicológicas. Las intervenciones basadas en la atención plena (MBI) se presentan como una nueva aproximación para tratar no solo los síntomas principales en adultos con este trastorno, sino también cierta sintomatología comórbida y derivada que compromete seriamente su adecuado funcionamiento personal, social y profesional.

Este estudio parte de la pregunta de investigación planteada según la estrategia PICO:

¿Son las MBI efectivas en el tratamiento de pacientes adultos con TDAH para la reducción de síntomas y la mejora de su calidad de vida?

- **P:** Adultos mayores de 18 años con TDAH.
- **I:** Tratamiento mediante el uso del mindfulness.
- **C:** No uso de mindfulness o uso de medicación u otras terapias psicoeducativas.
- **O:** Disminución de la sintomatología principal ocasionada por el TDAH.

A través de una revisión sistemática se pretende recopilar toda la evidencia existente sobre los efectos de las MBI en el tratamiento de adultos diagnosticados de TDAH. La relevancia de los datos obtenidos permitiría proponer las MBI como complemento o incluso alternativa al tratamiento farmacológico. Esto conllevaría la disminución o eliminación de efectos adversos asociados a los fármacos además de abaratar costes económicos. Al tratarse de una herramienta que mejora la autorregulación, contribuirá al empoderamiento de los pacientes, generando no solo la remisión de la sintomatología asociada al TDAH sino promoviendo el crecimiento y el cambio personal y en definitiva una mayor calidad de vida. Supondría además, potenciar el uso de esta novedosa herramienta en el ámbito de los cuidados según el modelo biopsicosocial, por parte de profesionales de enfermería debidamente formados y entrenados.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Evaluar la efectividad de las MBI en el tratamiento del TDAH en los adultos diagnosticados según los criterios del Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV (TR) y V) a través de una revisión sistemática.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar cambios significativos en la reducción de síntomas centrales del TDAH.
- Examinar los efectos de las MBI en los síntomas comórbidos asociados al TDAH.
- Describir beneficios adicionales de la práctica del mindfulness en la calidad de vida y desarrollo personal en adultos con TDAH.
- Estimar la disminución del consumo de fármacos tras la aplicación de las MBI.
- Identificar la implicación de enfermería en el uso de las MBI.

## **2. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **2.1 Diseño del estudio**

Para efectuar esta revisión, se siguieron las recomendaciones y criterios de la declaración PRISMA <sup>(24)</sup>, que busca ofrecer una explicación más detallada de ciertos aspectos clave sobre la metodología y la conducción de las revisiones sistemáticas. (Anexo I).

Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo y secundario de publicaciones científicas que abordaran la efectividad de las MBI en adultos diagnosticados de TDAH según los criterios del DSM-IV (TR) o V.

### **2.2 Criterios de elegibilidad**

#### Criterios de inclusión

Se incluyeron ensayos clínicos (EC) y estudios piloto cuyo objetivo de estudio fueran intervenciones basadas en la atención plena/ mindfulness en adultos de 18 y 66 años, diagnosticadas de TDAH de acuerdo con los criterios del DSM-IV o DSM-V; artículos en inglés y en español, publicados en los últimos 10 años, con acceso libre al texto completo, que documentaran medidas de resultado válidas utilizadas para examinar la eficacia de las MBI sobre los síntomas del TDAH.

#### Criterios de exclusión

Se excluyeron artículos que analizaran el uso de las MBI sobre otro trastorno u enfermedad y aquellos que aplicaron simultáneamente las MBI con otros programas psicoeducativos, ya que dificultaría la evaluación; y artículos cuya valoración, según los criterios de CASPE, fue menor o igual a 7.

### **2.3 Fuentes de información**

Los artículos utilizados para realizar esta revisión sistemática fueron seleccionados en las bases de datos de: PubMed, Web Of Science, Cochrane Library, CINAHL Complete, Scopus, ScienceDirect, Portal Regional de la biblioteca virtual en salud y Dialnet. La búsqueda se realizó desde el 24 de enero de 2021 hasta el 11 de febrero de 2021.

## 2.4 Estrategia de búsqueda

La búsqueda se efectuó mediante el uso de palabras clave o **descriptores**: MeSH (Medical Subject Headings) en inglés y DeCS (descriptores en ciencias de la salud) en español. Los términos empleados fueron:

- **MeSH**: ADHD; Adult; Attention Deficit Disorder with Hyperactivity; Disease; Mindfulness; Nursing y Students
- **DeCS**: TDAH

Para combinar los descriptores y formular ecuaciones de búsqueda, se emplearon los **operadores booleanos** o truncadores **AND**, **AND NOT** y **OR**, que conectan de forma lógica los conceptos y consiguen definir la búsqueda. Las ecuaciones de búsqueda empleadas se muestran en la tabla 3 (Anexo II).

## 2.5 Selección de los estudios

En el proceso de selección de estudios se emplearon los filtros y ecuaciones de búsqueda descritas anteriormente. Se utilizaron los gestores bibliográficos Mendeley y Endnote, para almacenar las citas encontradas, realizar los cribados posteriores, descartar los duplicados existentes y citar los artículos finales en Vancouver.

El primer cribado se realizó mediante la lectura de los títulos y resúmenes comprobando el cumplimiento de los criterios de inclusión establecidos.

En una segunda fase, se procedió a la lectura completa de los artículos no excluidos para valorar si contaban con la información necesaria comprobando que respondieran a los criterios establecidos.

## 2.6 Proceso de extracción de datos

Para la extracción de datos, se diseñó una tabla detallando: autor/es, país y año de publicación, tipo de estudio, características de la muestra, objetivos, método de evaluación, intervención y resultados.

Debido a la heterogeneidad de los estudios, se llevó a cabo un resumen cualitativo de los resultados obtenidos, para dar respuesta a la pregunta de investigación.

## 2.7 Riesgo de sesgo en los estudios

El riesgo de sesgo se evaluó para cada estudio individual utilizando la herramienta: *Guía de Valoración Crítica de ensayos clínicos* del Critical Appraisal Skills Program en español (CASPe). Se trata de una herramienta de verificación organizada en tres secciones: **validez** (interna) relacionada con la calidad metodológica y los sesgos, **resultados** relacionada con la precisión y magnitud del efecto de los resultados y **aplicabilidad** relacionada con la validez externa, extrapolación y generalización de los resultados <sup>(25)</sup>.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1 Selección de estudios

En la búsqueda bibliográfica, se identificaron 551 artículos a los que se sumaron otros 4 hallados mediante la “técnica snowballing” (consistente en identificar documentos útiles para la revisión a través de las referencias de los artículos encontrados).

A continuación, con la herramienta EndNote se identificaron 156 citas duplicadas que fueron descartadas, resultando en 399 artículos para el análisis.

Tras la lectura de los títulos y resumen, se eliminaron 285 publicaciones, recopilando 144 artículos para su valoración mediante lectura completa. Tras la misma, se excluyeron 101 publicaciones por las razones especificadas en el diagrama de flujo. Finalmente, se seleccionó un total de 13 artículos para el análisis cualitativo, de los cuales 11 fueron EC y 2 fueron estudios piloto (Figura 1).

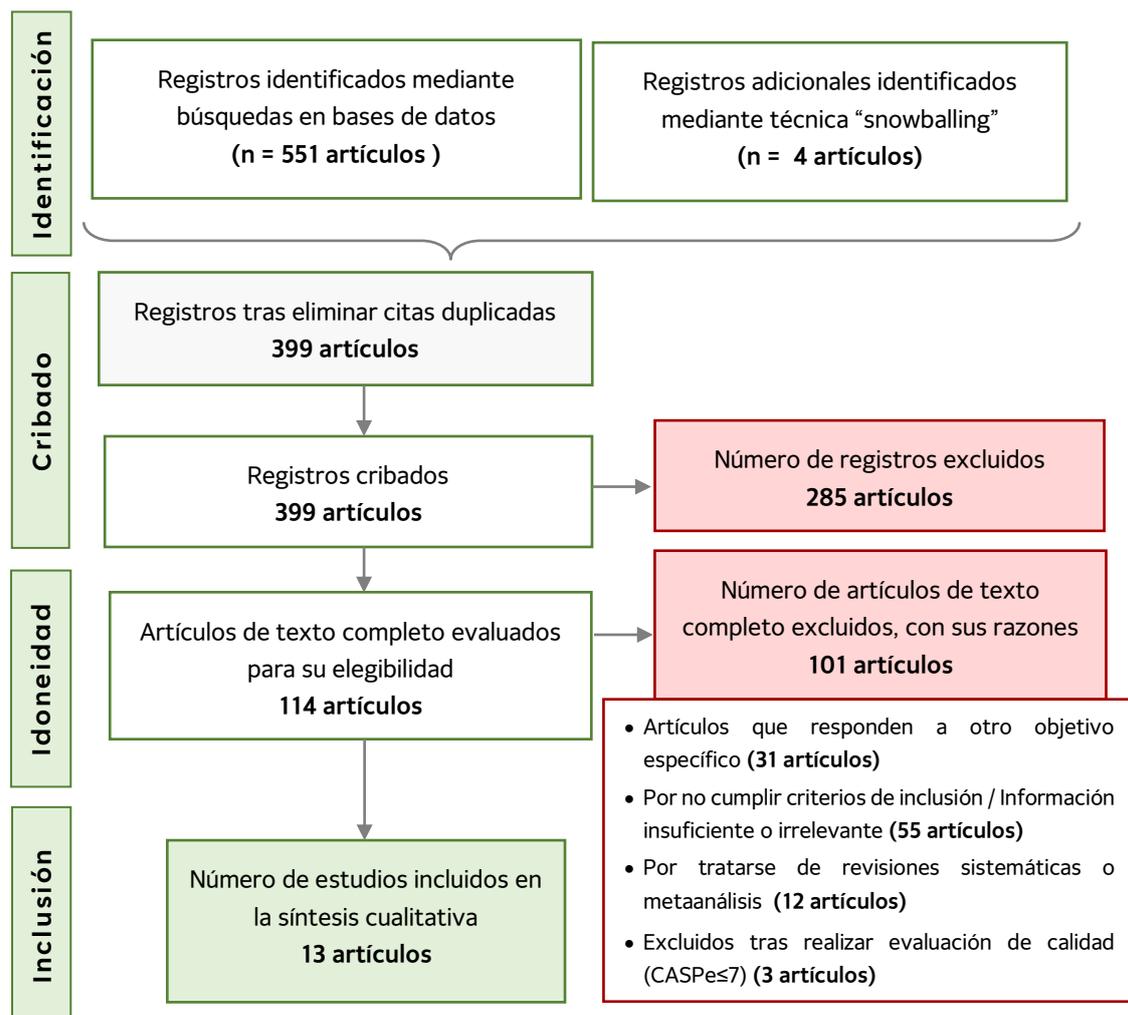


Figura 1. Diagrama de flujo

### 3.2 Características de los estudios

La información detallada de las características de los estudios se localiza en el Anexo IV.

El número total de sujetos estudiados fue de 799 en los 13 estudios. Todos adultos con una edad media de 36,2 años. Aproximadamente el 52,1% estaba conformado por varones. Los subtipos de TDAH más predominantes fueron los combinado e inatento. Los sujetos pertenecían a la raza blanca o caucásica en su mayoría europeos <sup>(26, 28, 30, 32-36, 38)</sup> seguido de americanos <sup>(29, 37)</sup> y brasileños <sup>(27)</sup>; mientras que un estudio se realizó con población asiática <sup>(31)</sup>.

Respecto al **uso de medicación**, en 10 estudios <sup>(27, 29-33, 35-38)</sup>, más de la mitad de los participantes consumieron medicación para el TDAH que mantuvieron en dosis estables durante la intervención excepto en 1 caso <sup>(29)</sup>, en el cual 2 pacientes realizaron cambios sustanciales de la misma.

Solo en dos estudios <sup>(26, 34)</sup>, los participantes no consumieron medicación para el TDAH ya que pretendieron evaluar la eficacia de la MAPs como una posible alternativa de tratamiento.

Un ensayo <sup>(28)</sup> incluyó pacientes que no respondieron bien a la medicación (síntomas residuales a pesar de la dosis adecuada) o que no respondieron del todo (a pesar de altas dosis / efectos secundarios que les impedía tomar la medicación).

La medicación más empleada fueron los psicoestimulantes, como el metilfenidato (MPH), seguidos de anfetaminas y antidepresivos (bupropión, ISRS o atomoxetina) y/o combinación de los anteriores.

La **comorbilidad** psiquiátrica, estuvo presente en 8 de los 13 estudios <sup>(26, 28, 30, 33-37)</sup> siendo los trastornos depresivos o del estado de ánimo los más notificados. Tan solo un estudio <sup>(27)</sup> incluyó controles sanos.

Respecto a la evaluación del **seguimiento** hubo diferencias. Mientras que en 6 estudios no se realizó ningún seguimiento <sup>(26, 27, 32, 35, 37, 38)</sup>, en 6 se llevó a cabo a los 3 meses tras la aplicación de la MBI<sup>(28-31, 33, 36)</sup>, en 4 a los 6 meses <sup>(28, 30, 34, 36)</sup> y en 1 incluso a los 12 meses <sup>(33)</sup>.

En relación a la **intervenciones**, hubo una gran variabilidad en el modo de aplicar las técnicas que emplearon la atención plena como componente principal:

La **MAPs** según el protocolo de Zylowska se desarrolló en 4 estudios <sup>(26, 27, 34, 37)</sup>. Se basa en las técnicas MBSR y MBCT impartidas en sesiones grupales de 2.5 horas cada una durante 8 semana, más la práctica en el hogar a través de meditación diaria sentada y ejercicios cotidianos. Para evitar la sobrecarga, se incrementó gradualmente la duración de los ejercicios de mindfulness a lo largo del tratamiento.

La **DBT** empleada en 3 estudios <sup>(28, 29, 33)</sup>, difirió en protocolo, duración y técnicas.

Cole et al.<sup>(28)</sup> siguió el protocolo de Perroud et al. al que se añadieron 4 módulos inspirados en la TCC. Se realizaron sesiones de psicoterapia individual y sesiones grupales de 2 horas durante 12 meses a la vez que se impartieron sesiones psicoeducativas y se trabajó conciencia plena. Fleming et al.<sup>(29)</sup> siguió el formato de Linehan et al. con una reunión individual basada en la motivación, sesiones grupales de 1.5 horas durante 8 semanas sobre la adquisición y fortalecimiento de habilidades, 7 llamadas telefónicas para la generalización de habilidades y 1 sesión grupal de refuerzo a los 3 meses para la conservación de habilidades. Hirvikoski T et al.<sup>(33)</sup> siguió el libro original de Hesslinger et al. que consistía en sesiones semanales de 2 horas durante 14 semanas, a las que añadió una sesión con el tema “Tareas” y descripciones sobre los ejercicios de mindfulness. En las sesiones, se conversó sobre las tareas y contenidos anteriores y se propusieron tareas y un tema para la semana siguiente.

La **MBCT** fue utilizada en 6 estudios según el formato de Segal et al. compuesto por ejercicios de mindfulness, psicoeducación adaptada al TDAH, TCC y discusiones grupales <sup>(30-32, 35, 36, 38)</sup>.

Todos ellos conservaron los 30 minutos de autopráctica diaria en casa propuesta por Segal et al. a través del uso de CDs, con ejercicios de atención plena y libros de trabajo, pero tan solo 4 estudios, mantuvieron de este formato original las sesiones semanales de 2.5 horas durante 8 semanas y una jornada silenciosa de 6 h entre la 6ª y 7ª sesión <sup>(30, 32, 35, 36)</sup>.

Entre algunas modificaciones, Schoenberg et al.<sup>(38)</sup> amplió el número de sesiones semanales a 12 con 3 horas de duración cada una y Gu et al.<sup>(31)</sup> las redujo a 6 sesiones individuales de 1 hora. Janssen L. et al.<sup>(35)</sup>, realizó incorporaciones del programa MBCT ampliado y adaptado <sup>(32)</sup> y Hepark et al.<sup>(32)</sup> aumentó las sesiones a 12 y añadió una pausa a mitad de sesión, además la duración de los ejercicios de meditación se incrementó de forma gradual. En estos dos últimos estudios <sup>(32, 35)</sup> se añadieron ejercicios de la MAPs de Zylowska et al.

En relación a las escalas y cuestionarios de evaluación aplicados, se detectó una gran heterogeneidad entre ellos. Los nombres completos se localizan en el Índice de abreviaturas.

La escala **CAARS**, se empleó para evaluar los síntomas del TDAH en 8 estudios, 5 de forma autoinformada (CAARS-S) y 3 evaluadas por observadores (CAARS-O). La versión de screening se aplicó en 1 caso por un médico cegado (CAARS-O:SV) y en otros 2 de forma autoinformada (CAARS-S:SV).

La “**Escala de los Síntomas del TDAH Actual**” se empleó en 2 casos de forma autoinformada y calificada por el médico. Se aplicaron versiones autoinformadas de la **ASRS** en 2 ensayos y de la **BAARS-IV** en 1 estudio piloto.

La **ANT** se empleó en 3 estudios y la **CPT-II** en 4, ambas son pruebas atencionales realizadas en laboratorio que miden el funcionamiento ejecutivo (FE) y permiten así, conocer el rendimiento neuropsicológico. Otras mediciones del FE incluyeron escalas autoinformadas: **BRIEF-A** en 5 casos y la **BAADS** y la **DEFS** en uno; incluyendo en esta última además la evaluación médica.

Diversas escalas autoinformadas evaluaron los síntomas comórbidos, entre ellos: síntomas de depresión con las escalas **BDI** y **BDI-II**; desesperanza con la **BHS**, ansiedad con la **BAI** y **STAI-T**, ira con la **STAXI**; estado de ánimo y desregulación emocional con **PANAS-X** y **DERS** respectivamente; calidad del sueño con el “**Cuestionario de sueño de Karolinska**”; el estrés percibido con la **PSS** y distrés psicológico con la **BSI**.

Las habilidades de atención plena se evaluaron en 9 estudios: 3 a través de las escalas **KIMS** de autoinforme, 2 a través del **FFMQ** original y 3 con sus versiones reducidas (**FFMQ-SF**) y en 1 por la escala **MAAS**.

En tan solo 4 estudios, se evaluó la calidad de vida: 2 de ellos con las escalas **AAQoL** y otros dos con diferentes versiones de la **SF**, empleando en uno la versión original de 36 ítems (**SF-36**) y en otro la versión abreviada (**SF-12**).

Para medir la autocompasión, se emplearon versiones reducidas de la **SCS-SF** en 3 estudios y la salud mental positiva se valoró con la **MHC-SF** en 2.

La escala **OQ 45.2** se empleó en 4 estudios para monitorizar la efectividad de la MBI.

Para medir la aceptabilidad del tratamiento un estudio empleó un formulario de evaluación y una escala de credibilidad (TCS). Otro empleó un “Cuestionario de Evaluación adaptado de Bramham et al.” que evaluó la satisfacción de los participantes.

La escala GPA se empleó en 2 investigaciones para conocer el desempeño académico a través del expediente universitario.

En lo que respecta a los **profesionales** que impartieron la MBI, se objetivaron diferentes categorías: psicólogos clínicos <sup>(28, 35)</sup>, psicoterapeutas <sup>(33, 34, 37)</sup>, estudiantes de postgrado en psicología <sup>(29)</sup>, profesores de mindfulness capacitados <sup>(30, 32, 35, 36)</sup>, psiquiatras especializados en TDAH <sup>(28, 31, 35, 38)</sup> y en dos ocasiones enfermeras capacitadas <sup>(28, 32)</sup>.

### **3.3 Riesgo de sesgo en los estudios.**

Las puntuación obtenida en CASPe para los EC fue alta, con una puntuación media de 9,4/10 <sup>(26-34, 36, 38)</sup>, mientras que los estudios piloto <sup>(35, 37)</sup> obtuvieron una puntuación media de 8,5/10. La puntuación máxima obtenida en los EC fue de 10 mientras que por estudios piloto fue de 9 puntos (Anexo III).

De los 11 EC, 9 fueron aleatorizados. El cegamiento se realizó en 7 EC en los cuales, se mantuvo un simple ciego a los médicos o entrevistadores que realizaron las calificaciones, mientras que en 4 ensayos no se realizó ningún tipo de cegamiento.

En cuanto a la valoración del efecto, todos los resultados se consideraron precisos ya que mostraron un IC>95% o diferencias estadísticamente significativas con valores  $p<0,05$ .

Con respecto a los dos estudios piloto, en 1 se realizó una aleatorización de sujetos, pero en ninguno se llevó a cabo el cegamiento, los resultados fueron estadísticamente significativos con  $p<0,05$  en ambos casos.

Tanto en los EC como en los estudios piloto, los grupos fueron homogéneos al comienzo del tratamiento, se trataron de igual forma y el seguimiento a lo largo del estudio fue completo teniendo en cuenta todos los resultados importantes.

### 3.4 Resultados de los estudios individuales

Todos los estudios alcanzaron diferencias estadísticamente significativas en la gravedad y síntomas centrales del TDAH, es decir, síntomas atencionales e hiperactivo/impulsivos, con grandes tamaños de efecto <sup>(27, 30-38)</sup> excepto en uno <sup>(26)</sup>. En el resto de estudios los tamaños de efecto variaron de moderados a grandes <sup>(28, 29)</sup>.

Bachmann K et al. <sup>(26)</sup> analizó las diferencias producidas en las resonancias magnéticas funcionales (fRM) previa y posteriormente a la intervención, observando activaciones de la corteza prefrontal medial bilateral y corteza cingulada relacionadas con una menor hiperactividad/ inquietud y activaciones neuronales en los ganglios basales asociados a una disminución de la inatención y problemas de memoria y activación cerebral en áreas asociadas con la memoria del trabajo.

En esta misma línea, Schoenberg PLA et al. <sup>(38)</sup> analizó a través de un registro electroencefalográfico (EEG) pre y post-intervención, los potenciales relacionados con el evento (ERP), es decir, la respuesta electrofisiológica a un estímulo, en este caso MBCT.

Las amplitudes mejoradas de Pe, que miden el procesamiento errores, se correlacionaron con una disminución de los síntomas hiperactivo/ impulsivos y una mayor capacidad de 'actuar con conciencia', mientras que la No-Go-P3 mejorada, que mide el control inhibitorio, se correlacionó con menores síntomas de inatención.

En relación al efecto observado tras el tratamiento, 8 de los 13 estudios <sup>(26-28, 32, 33, 35, 37, 38)</sup>, notificaron mejorías del grupo MBI, respecto a la situación inicial. De hecho, Bueno VF et al. <sup>(27)</sup> informó que no hubo grandes diferencias entre los pacientes con TDAH y controles sanos tras la intervención con MAPs.

Tres ensayos clínicos <sup>(31, 34, 36)</sup> revelaron que las mejoras observadas en el postratamiento se mantuvieron en el seguimiento. Uno de ellos <sup>(31)</sup> mostró que al tercer mes de seguimiento, el 71% de los pacientes de MBCT se recuperaron, respecto al 31% en lista de espera (LE).

En un estudio <sup>(29)</sup>, la falta de atención no mejoró en el postratamiento, pero sí se observó una disminución significativa en el seguimiento; de forma similar, Geurts DEM et al. <sup>(30)</sup> constató mejoras en la inatención e hiperactividad a los 6 meses de seguimiento, desconociendo el efecto producido en el postratamiento.

En 9 <sup>(27-29, 31-33, 36-38)</sup> de las 13 publicaciones, se evidenciaron cambios en el grupo MBI respecto al grupo control formados, por pacientes en listas de espera (LE) <sup>(28, 31, 32, 37, 38)</sup>, pacientes a los que se les aplicó PE <sup>(29, 33)</sup> o algunos de sus elementos <sup>(28, 33)</sup> y en 1 estudio pacientes a los que no se les realizó ninguna intervención<sup>(27)</sup>. Asimismo, los participantes del grupo control que lo requirieron, consumieron su medicación psicoactiva convencional. Para empezar, el estudio de Cole P et al.<sup>(28)</sup> confirmó que los pacientes en LE tendieron a empeorar los síntomas globales del TDAH. En el de Fleming AP et al.<sup>(29)</sup> el grupo DBT superó al grupo control en “errores de omisión”, lo que implicó una menor falta de atención, impulsividad y variabilidad de la respuesta. En otro estudio, Gu Y et al.<sup>(31)</sup> reveló una mejoría significativamente mayor en el grupo MBCT, mostrando una tendencia hacia menores síntomas de desatención e hiperactividad/impulsividad frente al grupo LE, ya que 16 participantes que recibieron MBCT mostraron una respuesta positiva después de MBCT (57%) frente a 6 del grupo en lista de espera (23%). El EC de Hepark S et al.<sup>(32)</sup> mostró que la MBCT redujo los síntomas de TDAH donde el 43,2% del grupo MBCT obtuvo una mejoría  $\geq 30\%$  en comparación con 0,003% del grupo en LE. De forma similar, en un EC de Janssen L et al.<sup>(36)</sup>, los pacientes del grupo MBCT más su tratamiento habitual (TAU) experimentaron mayor alivio de los síntomas (31% vs. 5%), mayor remisión sintomática (21% vs. 7%) y mayor proporción de participantes experimentaron reducciones  $\geq 30\%$  de los síntomas de TDAH (27% vs. 4%) frente al grupo TAU. En un ensayo piloto de Mitchell JT et al.<sup>(37)</sup>, el 63.6% de los pacientes del grupo MAPs obtuvo una reducción  $\geq 30\%$  en los síntomas de inatención e hiperactividad, frente al 0% del grupo control, coincidiendo con las evaluaciones médicas de inatención (81,8% MAPs vs. 0% LE) e hiperactividad (72,7% MAPs vs. 11.1% LE).

No se pudieron comparar los resultados en los grupos de estudio en dos investigaciones, una por ausencia de grupo control <sup>(35)</sup> y en otra porque no se midieron las diferencias producidas entre los dos grupos de tratamiento <sup>(30)</sup>.

En cambio, hubo 2 estudios <sup>(26, 34)</sup>, en los que los beneficios obtenidos tanto por la intervención de PE como en la MBI fueron muy similares, destacándose en uno de ellos <sup>(26)</sup>, que a corto plazo, tanto la PE como la MAPs puede mejorar la función de la memoria de trabajo y síntomas centrales del TDAH, sin descartar la posibilidad de que estos cambios difieran entre ellos a largo plazo.

## **Síntomas comórbidos**

Un total de 8 <sup>(27-29, 31-34, 37)</sup> de los 13 estudios, investigaron la evolución de los síntomas comórbidos y en cuatro de ellos <sup>(27, 28, 31, 37)</sup> se reportaron mejoras significativas en el grupo MBI sobre el estado de ánimo, síntomas depresivos, de desesperanza y ansiedad, así como mejor control y expresión de ira y menor enfado. En dos estudios <sup>(29, 34)</sup>, los beneficios producidos por la MBI, no difirieron frente al grupo control. En los otros dos restantes <sup>(32, 33)</sup> no se evidenciaron cambios, de hecho en uno de ellos <sup>(33)</sup> se observó un empeoramiento del estrés autopercebido, mientras que el otro <sup>(32)</sup>, justificó que los bajos niveles iniciales de síntomas depresivos y la mayor frecuencia de abandono por pacientes con más síntomas depresivos, pudieron explicar la ausencia de cambios.

## **Beneficios adicionales producidos**

Todos los artículos detectaron beneficios adicionales producidos por la práctica del mindfulness, observándose disparidades entre ellos. Por un lado, se produjeron incrementos de las **habilidades de atención plena** <sup>(28, 30-32, 34-36, 38)</sup> en los dominios de “observación” <sup>(32, 34, 38)</sup>, “actuar con conciencia” <sup>(32, 35, 38)</sup>, “no reactividad a la experiencia interior” <sup>(34)</sup>, “describir” <sup>(34, 38)</sup> y “actuar sin juicio” <sup>(38)</sup> y habilidades de **autorregulación** <sup>(35, 38)</sup> y mejoría de la **calidad de vida** <sup>(27, 29, 34, 38)</sup>, donde uno de ellos, especificó una mayor reducción de la angustia, mejoras del rol social y relaciones interpersonales <sup>(38)</sup>.

Los resultados en la **función ejecutiva** <sup>(26, 27, 29-32, 35-38)</sup> según las pruebas de red atencional, indicaron mejora del desempeño atencional (ANT) <sup>(27, 31, 37)</sup> favoreciendo la atención sostenida y control ejecutivo <sup>(27)</sup> y una disminución del tiempo de reacción y menores errores <sup>(31)</sup>. Según las pruebas de rendimiento continuo (CPT) <sup>(27, 29, 37, 38)</sup> se produjeron menos errores de omisión <sup>(29)</sup>, un mayor conocimiento de los mismos y control inhibitorio <sup>(38)</sup> e indicadores del BRIEF-A estimaron un mayor autocontrol <sup>(31, 35)</sup>, un incremento de la memoria del trabajo <sup>(26, 35)</sup> y una mayor inhibición del pensamiento y acciones <sup>(30)</sup> y un aumento significativo en todas las subescalas <sup>(32)</sup>.

Respecto al **funcionamiento general**, en cuatro estudios que consideran esta variable, no se encontraron diferencias significativas <sup>(32, 35, 36)</sup>, mientras que en uno de ellos se mostraron mejoras en las relaciones interpersonales <sup>(38)</sup>.

Un estudio informó efectos positivos tras el MBCT en el **bienestar** general, como mayor felicidad, positividad y apreciación por la vida <sup>(35)</sup>, mientras que en otros dos <sup>(33, 34)</sup>, se ocasionaron beneficios en este aspecto en ambos grupos de tratamiento.

Cinco estudios afirmaron una mejora en la **regulación emocional** tras la intervención con las MBI <sup>(27, 28, 35, 37, 38)</sup>. Un de ellos, reportó mejoras en el control y expresión de ira <sup>(28)</sup>, otro describió mejoras en el control de impulsos claridad y angustia <sup>(37)</sup>, mientras que otro describió mejoras que repercutieron en un afecto positivo/ estado de ánimo positivo <sup>(27)</sup>.

En 3 estudios, los efectos de la MBI, sobre la mejora de la **salud mental positiva** <sup>(30, 35, 36)</sup>, estuvieron mediados por la **autocompasión**.

En dos estudios cuya muestra estaba formada por universitarios, se evaluó el **desempeño académico** pero no se observaron mejoras significativas en comparación con el otro grupo de tratamiento <sup>(29, 31)</sup>.

#### **4. DISCUSIÓN**

El propósito de esta revisión fue examinar la evidencia existente sobre la eficacia de intervenciones basadas en el mindfulness para mejorar la sintomatología del TDAH.

##### **Identificar reducciones significativas en los síntomas centrales del TDAH.**

Tras el análisis de los resultados globales, se afirma que los tratamientos basados en mindfulness, obtuvieron efectos positivos sobre los síntomas atencionales e hiperactivo/impulsivos con tamaños de efecto relativamente elevados y consistentes, lo que otorga una alta evidencia a favor de este tipo de terapias. Estos grandes tamaños en los efectos encontrados para la reducción de los síntomas centrales del TDAH, se confirman en un reciente metaanálisis de Xue J. et al <sup>(39)</sup>.

El efecto positivo es evidente en el postratamiento, incluso en algunos estudios se mantiene en el tiempo a los 3 y 6 meses, pero no hay evidencia suficiente para afirmar que esta perdure a los 12 meses del tratamiento, por lo que no se puede afirmar con certeza si la aplicación de MBI se asocia con una mejora en los síntomas del TDAH a largo plazo.

La seguridad de la práctica y la adherencia al tratamiento fue muy alta, a pesar de la existencia de algunos casos de abandono por diversas razones. Este resultado viene refrendado por otras revisiones encontradas en la literatura que afirmaron que una vez los pacientes con TDAH finalizaron la intervención, continuaron practicando mindfulness<sup>(40)</sup>.

La totalidad de los estudios documentaron medidas de resultado válidas al emplear instrumentos estandarizados, autoevaluados y evaluados por el médico, que demostraron

una buena consistencia interna, fiabilidad entre los evaluadores y sensibilidad al resultado de tratamiento, lo que permite adjudicar un grado de recomendación alto a las MBI.

El empleo de técnicas de neuroimagen para medir los resultados, se utilizaron en un número muy reducido de estudios, y sin embargo, sí evidenciaron cambios reales en estructuras cerebrales tras la aplicación de las MBI. Estos resultados están en la misma línea que una revisión <sup>(43)</sup> que confirma que la práctica de mindfulness puede producir aumentos de la actividad cerebral izquierda relacionada principalmente con una reducción en los síntomas comórbidos.

Cuando se comparó el efecto de las MBI frente a las técnicas PE, no se obtuvieron resultados concluyentes respecto a la superioridad de una técnica respecto a la otra y tampoco se investigó la eficacia de cada una de ellas, siendo interesante simultanear ambas técnicas y analizar esta variable. Además, otros autores, como Guerrero López JF et al. <sup>(41)</sup>, afirman que es recomendable que cualquier terapia destinada a adultos con TDAH, considere la PE y que está, incorpore elementos prácticos para la vida diaria, como planificación, elaboración de rutinas y reforzamiento de la importancia de la perseverancia, entre otros. Esto nos hace reflexionar sobre la complementariedad de las técnicas y que su combinación pueda generar mayor calidad de vida y satisfacción.

### **Examinar los efectos de las MBI en los síntomas comórbidos asociados al TDAH.**

La sintomatología comórbida asociada a los pacientes con TDAH relacionada con el estado de ánimo depresivo, desesperanza y ansiedad, puede mejorar con las MBI, pero los resultados obtenidos no son concluyentes pues solo una parte de los estudios reportó mejoras significativas, constatando cambios en este aspecto respecto a la situación inicial y a la no intervención <sup>(27, 28, 31, 37)</sup>. Por otra parte, la enorme variedad de escalas empleadas para medir los mismos síntomas, resta fiabilidad sobre los resultados obtenidos al no poderse comparar entre ellos. Sin embargo, existen numerosos estudios que evidencian la efectividad del mindfulness en los trastornos de ansiedad y depresión en adultos, como la revisión de Baer R. A <sup>(42)</sup> que también constata la eficacia en otras posibles comorbilidades como cáncer, dolor crónico, fibromialgia o compulsividad en las comidas, planteando la posibilidad de la clasificación del Mindfulness como intervención clínica.

### **Describir beneficios adicionales de la práctica del mindfulness.**

Muchos de los estudios describieron efectos positivos adicionales tras las MBI sobre las habilidades de atención plena, función ejecutiva, calidad de vida y regulación emocional.

Los beneficios sobre estas 4 áreas cuentan con suficiente número de estudios que aportan resultados consistentes. Sin embargo, aspectos como la capacidad de autorregulación, funcionamiento general, bienestar general, salud mental positiva, autocompasión y desempeño académico, se midieron por pocos estudios y esto impide contar con resultados significativos sobre un efecto beneficioso en estas áreas. Además tan solo un estudio midió la repercusión de la MBI sobre la salud física, lo cual se encuentra en la misma línea, que la revisión de Miras Montoya E. <sup>(43)</sup>, que concluye que a nivel físico hay escasos beneficios por la ausencia de investigaciones existentes.

### **Estimar la disminución del consumo de fármacos tras la aplicación de las MBI.**

En relación a la disminución del consumo de fármacos, la revisión no aporta evidencia al respecto en ninguno de los artículos analizados, por lo que sería preciso considerar este aspecto en las futuras investigaciones. No obstante, las MBI parecieron una alternativa útil en un pequeño número de ensayos con pacientes que presentaron desadaptaciones farmacológicas o no estuvieron dispuestos a recibir fármacos.

Cuando se emplean las MBI junto con la medicación, se obtienen mejores resultados frente a los grupo control que solo utilizan medicación, no solo en los síntomas centrales sino también en sintomatología comórbida e incluso otros beneficios como habilidades de atención plena, función ejecutiva, calidad de vida y regulación emocional, por lo tanto se podría afirmar que hay evidencia que avala que las MBI pueden considerarse como elemento coadyuvante a la terapia farmacológica en el TDAH. En esta misma línea, Philipsen A. et al. <sup>(54)</sup> reitera en que la psicoterapia grupal da mejores resultados combinado con psicoestimulantes.

Otro aspecto a considerar, sería valorar en qué medida cuando los pacientes con TDAH dominan la técnica de MBI, mediante el entrenamiento y práctica diaria mantenida en el tiempo, consiguen obtener tal control de sus síntomas que les permita la disminución del consumo de fármacos o incluso llegar a prescindir de ellos. En este punto se abren nuevas líneas de investigación.

## **Identificar la implicación de enfermería en el uso del Mindfulness.**

La implicación de enfermería en el uso de mindfulness es bastante limitada, ya que solo dos ensayos clínicos fueron enfermeras quienes aplicaron estas técnicas <sup>(28, 32)</sup>. Tampoco informan acerca de los beneficios que el mindfulness produce en ellas o de la posibilidad de generalizar esta técnica como herramienta de cuidados en estos trastornos. Sin embargo, hay numerosas investigaciones en las que las enfermeras con distintos niveles de capacitación en MBSR <sup>(44)</sup>, MBMT (Mindfulness-Based Music Therapy) <sup>(45)</sup>, ACT <sup>(46)</sup> o con experiencia en mindfulness <sup>(47, 48)</sup>, aplican estas técnicas en el cuidado de pacientes con EPOC <sup>(44)</sup>, lesión medular adquirida <sup>(46)</sup>, cáncer de mama <sup>(45)</sup>, pacientes en general <sup>(48)</sup> o incluso utilizan estas técnicas sobre profesionales de la salud o enfermeras <sup>(47)</sup>.

A su vez, hay evidencia científica a favor de los beneficios para la práctica clínica y bienestar personal de enfermería.

Por un lado, hay estudios publicados acerca de cómo la práctica del mindfulness genera mayor productividad, tranquilidad, flexibilidad, atención y eficacia durante la **jornada laboral y práctica clínica**, así como, una atención más compasiva y comunicación consciente y centrada en los pacientes, logrando mejores **relaciones e interacciones** con ellos. Todo esto, garantiza un nivel de concentración y conciencia en el **entorno de trabajo** que mejora la realización de procedimientos y reduce los riesgos de cometer errores clínicos o errores en la administración de medicación, lo que conduce a prácticas más seguras que generan una mayor satisfacción laboral y sensación de logro <sup>(47-51)</sup>.

Por otro lado, la atención plena es eficaz y tiene resultados positivos en las enfermeras que lo practican. Se ha encontrado suficiente evidencia que ratifica los beneficios respecto a la regulación emocional, empatía, concentración, mayor capacidad de autocuidado y satisfacción entre otras y especialmente, sobre la regulación del estrés reduciendo el Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) tan frecuente entre las enfermeras <sup>(48, 49, 51-53)</sup>.

No obstante, se considera necesaria la realización de una investigación más exhaustiva que aborde el abanico de beneficios producidos en las enfermeras por el mindfulness.

#### 4.1 LIMITACIONES

Los resultados obtenidos presentan una validez interna importante, debido a que se trataron de estudios piloto y ensayos controlados los cuales fueron aleatorizados en 10 casos y con cegamiento del evaluador en 7 de ellos.

Respecto a la magnitud del efecto, se observó que los estudios presentaron una potencia estadística significativa con  $IC > 95\%$  y valores de  $p < 0,05$  a excepción de un estudio de Bachmann K. et al.<sup>(26)</sup> que señaló que sus resultados deberían ser interpretados con cautela dada la falta de un efecto de interacción significativo.

La validez externa podría verse limitada por el pequeño tamaño muestral presente en la mayoría de las investigaciones y la inexistencia de estudios hasta la fecha que hayan incluido muestras homogéneas compuestas únicamente por adultos con TDAH, de manera que se dificulta la generalización de los resultados. La aplicabilidad en la práctica clínica es factible en nuestro contexto sociocultural, dado que la mayoría de los estudios se desarrollaron sobre la raza blanca europea, no se describieron efectos adversos en la utilización de estas técnicas y hubo buena tolerancia y adhesión.

Al margen de la importancia de estos hallazgos, es conveniente considerar las limitaciones de las investigaciones a la hora de interpretar los resultados.

Primero, en todos los estudios excepto en tres, los participantes consumieron algún tipo de medicación psicotrópica durante la intervención de modo que no se puede concluir que los beneficios obtenidos pueden atribuirse exclusivamente a las MBI.

Segundo, aunque la mayoría de estudios afirman que la administración de las MBI se han aplicado por personal entrenado y cualificado, solo en 3 casos fueron supervisadas por terapeutas, y en algunos estudios los instructores se describen como personas “con experiencia en mindfulness”, sin definir claramente esta característica, por lo tanto al tener diferentes niveles de capacitación, no se puede comparar la magnitud de los efectos hallados.

Tercero, el periodo de seguimiento mínimo necesario para hablar de eficacia clínica de un tratamiento es de al menos, 12 meses<sup>(55)</sup> y solo un estudio<sup>(33)</sup> realizó una evaluación de seguimiento de 12 meses de duración, siendo nulo o inferior en el resto de estudios.

Cuarto, la gran diversidad en relación al tipo de intervención y modo de administrarla, seguimiento, escalas de medida, efectos medidos y profesionales que lo imparten, dificulta comparar los hallazgos y medir la eficacia y el nivel de evidencia de los resultados. Debido a esto, es difícil determinar cuáles de las tres MBIs propuestas obtendría un mayor nivel de recomendación.

Algunas de las limitaciones encontradas en esta revisión sistemática, han sido: el escaso número de artículos revisados; el haber sido realizado por un único investigador lo que puede conllevar a posibles sesgos de observación y selección; la limitación temporal por los plazos de entrega del trabajo; las restricciones en las búsquedas bibliográficas debidas al idioma y a la imposibilidad de acceso a artículos de pago.

## **5. CONCLUSIONES**

Se puede afirmar que hay evidencia suficiente de que la meditación en atención plena y las intervenciones derivadas de ellas son efectivas en la reducción de los síntomas atencionales e hiperactivo/impulsivos del TDAH. No obstante, no se puede concluir que el efecto de las MBI sea superior al de las técnicas psicoeducativas.

La evidencia obtenida en esta revisión respecto a la efectividad sobre la sintomatología comórbida relacionada con el estado de ánimo depresivo, desesperanza y ansiedad es más limitada, respecto a otros estudios que avalaron efectos beneficiosos sobre estas comorbilidades.

Las MBI aportan beneficios adicionales en personas afectadas con TDAH respecto a habilidades de atención plena, función ejecutiva, calidad de vida y regulación emocional.

No se puede confirmar que el uso de las MBI conlleven directamente la reducción en el uso de fármacos, pero sí que suponen un tratamiento eficaz cuando son usadas como coadyuvantes del tratamiento farmacológico.

A día de hoy, no hay un uso generalizado de la atención plena por parte de las enfermeras en el cuidados de personas con TDAH. Sin embargo sí que está más extendida en otras patologías y al mismo tiempo, se han documentado múltiples beneficios en la práctica profesional y vida personal de las enfermeras que lo utilizan.

## **5.1 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA**

El mindfulness, es una práctica cada vez más aceptada y extendida en la sociedad occidental. Las intervenciones que se derivan de la atención plena son seguras, no reportan efectos adversos y son rentables puesto que se aplican preferentemente en grupo obteniendo el máximo beneficios con mínimo costes. Además, la eficacia probada en el tratamiento de las personas con TDAH como coadyuvante del tratamiento farmacológico promueve la recomendación de su uso por profesionales debidamente formados. Entre ellos las enfermeras quienes podrían incorporar estas técnicas como competencia avanzada en el cuidado de los pacientes con TDAH para potenciar el bienestar general y calidad de vida y otras necesidades de cuidados de salud mental.

## **5.2 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

Por una parte, deberían realizarse ensayos controlados aleatorizados de mayor tamaño muestral y con mayor homogeneidad respecto a los efectos medidos y las variables de medida que permitan obtener resultados comparables de mayor consistencia y validez interna y externa.

Otra futura línea de investigación podrían ser la valoración de los efectos a través del seguimiento a largo plazo, así como, investigar si grupos de pacientes bien entrenados en la técnica mantenida en el tiempo, consiguen un control de los síntomas que les permita la reducir el consumo farmacológico.

Futuros estudios podrían realizarse por enfermeras que habiendo integrado las MBI en su práctica habitual, demuestren su utilidad en el cuidado de pacientes con TDAH y a su vez midan el grado de satisfacción personal y profesional que esto les aporta.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Reyes Ticas JA, Reyes Ochoa E. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adultos. *Rev méd hondur.* 2010;78(4):196–202.
2. J. Martínez ML. La transición del adolescente con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Implicaciones para el tratamiento del adulto. *Med (Buenos Aires).* 2019;79(1):72–6. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802019000200015&lang=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000200015&lang=es)
3. González Collantes R, Rodríguez Sacristán A, Sánchez García J. Epidemiología del TDAH. *Rev Española Pediatría.* 2015;71(2):58–61.
4. DSM-5: Novedades y Criterios Diagnósticos. Madrid: CEDE; 2013.
5. Navarro-Soria I, Fenollar J, Carbonell J, Real M. Memoria de trabajo y velocidad de procesamiento evaluado mediante WISC-IV como claves en la evaluación del TDAH. *Rev Psicol Clin con Niños y Adolesc.* 2020;7(1):23–9.
6. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adultos - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [Citado el 16 de octubre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/adult-adhd/symptoms-causes/syc-20350878>
7. Mattos P, Nazar BP, De T. By the book: ADHD prevalence in medical students varies with analogous methods of addressing DSM items. 2018:382–7.
8. Ramos-Quiroga JA, Bosch-Munsó R, Castells-Cervelló X, Nogueira-Morais M, García-Giménez E, Casas-Brugué M. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: A clinical and therapeutic characterisation. *Rev Neurol.* 2006;42(10):600–6.
9. Mentales T. Diagnóstico del TDA/H en adultos (WWK9). :1–6. Recuperado a partir de: <http://www.help4adhd.org/es/treatment/guides/WWK9>
10. European Network Adult ADHD – DIVA-5, and two new DIVAs available (Young DIVA-5 and DIVA-5 ID) [Internet]. Eunetworkadultadhd.com. 2020 [Citado el 21 de octubre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.eunetworkadultadhd.com/diva-5-and-two-new-divas-available-young-diva-5-and-diva-5-id/>
11. Lee CSC, Ma M ting, Ho H yui, Tsang K kei, Zheng Y yi, Wu Z yi. The effectiveness of mindfulness-based intervention in attention of individuals with ADHD: A systematic review. *Hong Kong J Occup Ther.* 2017;30:33–41.
12. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adultos: Diagnóstico y tratamiento. Mayo Clinic [Internet]. [Citado el 16 de octubre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/adult-adhd/diagnosis-treatment/drc-20350883>
13. Santachita A, Vargas ML. Mindfulness en perspectiva. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría.* 2015;35(127):541–53.
14. Besora MV. Mindfulness y psicoterapia. *Rev de psiquiatría y psicología humanista.* 2006;16 (67)
15. Moñivas A, García-Diex G, García-de-Silva R. Mindfulness (atención plena): concepto y teoría [Mindfulness: Concept and Theory ]. *Portularia.* 2012;12(Extra):83-9.
16. La Integración de Mindfulness con la Ciencia Cognitiva. (2020). MBCT-Spain. [Citado el 26 de octubre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://mbct-spain.com/que-es-mbct>
17. Vásquez-Dextre ER. Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Rev Neuropsiquiatr.* 2016;79(1):42.
18. Sanguesa J. MINDFULNESS PARA ADULTOS CON TDAH. Chile; 2018: 17-21
19. Un estudio muestra la eficacia del mindfulness en adultos con TDAH. (2018). Redacción Médica. [Citado el 26 de octubre de 2020]. Recuperado a partir de <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/un-estudio-muestra-la-eficacia-del-mindfulness-en-adultos-con-tdah-3212>

20. Zylowska Lidia JSD. Mindfulness para el TDAH en la edad adulta. Un programa de ocho pasos para fortalecer la atención, manejar las emociones y lograr tus objetivos. Desclée de. Anicca. Bilbao; 2019.
21. Lynne Robins JW, Kiken L, Holt M, McCain NL. Mindfulness: An effective coaching tool for improving physical and mental health. *J Am Assoc Nurse Pr.* 2014;26(9):511–8.
22. Campo Osaba MA, Miguel Gil B, Valdivieso Font N, Cervós Majoral MT, Faro Pérez MI. Mindfulness: Conciencia plena y enfermería. *Enfermería Comunitaria.* 2011;22:42–52.
23. Ramal López JM. Intervenciones enfermeras para la reducción de estrés con Mindfulness: Una revisión bibliográfica. 2015;1–24. [Citado el 13 de enero de 2021]. Recuperado a partir de: [https://acceda.ulpgc.es:8443/bitstream/10553/19327/5/Mindfulness\\_TFG.pdf](https://acceda.ulpgc.es:8443/bitstream/10553/19327/5/Mindfulness_TFG.pdf)
24. Gerard Urrútia XB. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc).* 2010;135(11):507–11.
25. Alfaro Lara ER. Lectura crítica de ensayos clínicos. *Elcomprimido.com.* 2015.
26. Bachmann K, Lam AP, Sörös P, Kanat M, Hoxhaj E, Matthies S, et al. Effects of mindfulness and psychoeducation on working memory in adult ADHD: A randomised, controlled fMRI study. *Behav Res Ther.* 2018;106:47–56.
27. Bueno VF, Kozasa EH, da Silva MA, Alves TM, Louzã MR, Pompéia S. Mindfulness meditation improves mood, quality of life, and attention in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Biomed Res Int.* 2015;2015:962857.
28. Cole P, Weibel S, Nicastro R, Hasler R, Dayer A, Aubry J-M, et al. CBT/DBT skills training for adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatr Danub.* 2016;28(1):103–7.
29. Fleming, A. P., et al. (2015). "Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students." *Journal of Attention Disorders* 19(3): 260-271.
30. Geurts DEM, Schellekens MPJ, Janssen L, Speckens AEM. Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in adults with ADHD. *J Atten Disord.* 2020.
31. Gu Y, Xu G, Zhu Y. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for college students with ADHD. *J Atten Disord.* 2018;22(4):388–99.
32. Hepark S, Janssen L, de Vries A, Schoenberg PLA, Donders R, Kan CC, et al. The efficacy of adapted MBCT on core symptoms and executive functioning in adults with ADHD: A preliminary randomized controlled trial. *J Atten Disord.* 2019;23(4):351–62.
33. Hirvikoski T, Waaler E, Alfredsson J, Pihlgren C, Holmström A, Johnson A, et al. Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2011;49(3):175–85.
34. Hoxhaj E, Sadohara C, Borel P, D'Amelio R, Sobanski E, Müller H, et al. Mindfulness vs psychoeducation in adult ADHD: a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2018;268(4):321–35.
35. Janssen L, de Vries AM, Hepark S, Speckens AEM. The feasibility, effectiveness, and process of change of mindfulness-Based Cognitive Therapy for adults with ADHD: A mixed-method pilot study. *J Atten Disord.* 2020;24(6):928–42
36. Janssen L, Kan CC, Carpentier PJ, Sizoo B, Hepark S, Schellekens MPJ, et al. Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: a multicentre, single-blind, randomised controlled trial. *Psychol Med.* 2019;49(01):55–65.
37. Mitchell JT, McIntyre EM, English JS, Dennis MF, Beckham JC, Kollins SH. A pilot trial of mindfulness meditation training for ADHD in adulthood: Impact on core symptoms, executive functioning, and emotion dysregulation. *J Atten Disord.* 2017; 21(13):1105–20.
38. Schoenberg PLA, Hepark S, Kan CC, Barendregt HP, Buitelaar JK, Speckens AEM. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on neurophysiological correlates of performance monitoring in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Neurophysiol.* 2014;125(7):1407–16.
39. Xue J, Zhang Y, Huang Y. A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based

interventions on ADHD symptoms. *Medicine* 2019;98

40. Mariño Fontenla, V. Sanz Cervera, P. y Fernández Andrés, MI. Efectividad del mindfulness en personas con TDAH: estudio de revisión. *ReiDoCrea*. 2017;6: 260-73.
41. Guerrero López JF, Pérez Galán R. El alumnado con TDAH (hiperactividad) como colectivo en riesgo de exclusión social: propuestas de acción y de mejora. *Revista Ruedes*. 2011;1(2):37-59
42. Baer, R. A. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10: 125-43.
43. Miras Montoya E. Mindfulness para la promoción de la salud y bienestar [Pregrado]. Universidad Internacional de Catalunya; 2017
44. Chan RR, Giardino N, Larson JL. A pilot study: mindfulness meditation intervention in COPD. *Int J Chron Obs Pulmon Dis* [Internet]. 2015;10:445-54.
45. Lesiuk T. The Effect of Mindfulness-Based Music Therapy on Attention and Mood in Women Receiving Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer: A Pilot Study. *Oncol Nurs Forum*. 2015;42(3):276-82.
46. Fernández Díaz C. Intervenciones enfermeras en el proceso de aceptación y compromiso con la vida ante una lesión medular adquirida: revisión de la literatura. *Rev Científica la Soc Española Enfermería Neurológica*. 2016;43:8-16.
47. Ponte PR, Koppel P. Cultivating mindfulness to enhance nursing practice. *Am J Nurs*. 2015;115(6):48-55.
48. Philbrick G. Using mindfulness to enhance nursing practice. *Kai Tiaki Nurs New Zeal*. 2015;21(5):32-3.
49. Bernstein S. Being present: Mindfulness and nursing practice. *Nursing (Lond)*. 2019;49(6):14-7.
50. Prince-Paul M, Kelley C. Mindful Communication: Being Present. *Semin Oncol Nurs*. 2017;33(5):475-82.
51. Coster S, Gould RL, Coulson M, Norman IJ. An online mindfulness intervention to enhance compassion in nursing practice: A feasibility and acceptability study with nursing students. *Int J Nurs Stud Adv*. 2020;2:100004.
52. Meléndez-Moreno A G-HR. Prevención, control y estrategias para el manejo del Síndrome de Desgaste Profesional de Enfermería en España. *Rev Enfermería del Trab*. 2016;6(4):131-5.
53. Gómez del Pulgar E, Meléndez-Moreno A. Mindfulness y control del síndrome de desgaste profesional en la enfermería española. *Enferm Trab*. 2017;7:70-5.
54. Philipsen A, Jans T, Graf E, Matthies S, Borel P, Colla M et al. Effects of group psychotherapy, individual counseling, methylphenidate, and placebo in the treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2015;72: 1199-210.
55. Echeburúa E., de Corral P. Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2001;81: 761-73.

## 7. ANEXOS

### 7.1 ANEXO I. **Tabla 2.** Checklist PRISMA 2009

Sección/ Tema	#	Elemento de la lista de verificación	Reportado en página
<b>TÍTULO</b>			
Título	1	Identificar la publicación revisión sistemática, metaanálisis o ambas.	1ª página
<b>RESUMEN</b>			
Resumen estructurado	2	incluir antecedentes, objetivos, fuente de los datos, criterios de elegibilidad de los estudios, participantes e intervenciones, evaluación de los estudios y métodos de síntesis, resultados, limitaciones, conclusiones e implicaciones de los hallazgos principales, número de registro de la RS.	2ª página
<b>INTRODUCCIÓN</b>			
Justificación	3	Implica describir lo que se conoce del tema y comentar la necesidad de la RS haciendo referencia a la importancia del problema y a la controversia existente sobre las intervenciones que se desea revisar	Página: 8
Objetivos	4	Plantear de forma explícita las preguntas que se desea contestar en relación con los participantes, las intervenciones, las comparaciones, los resultados y el diseño de los estudios (PICOS)	Página: 9
<b>MÉTODOS</b>			
Protocolo y registro	5	Indicar si existe un protocolo de revisión al que se pueda acceder y si está disponible, la información sobre el registro, incluyendo su número de registro.	
Criterios de elegibilidad	6	Especificar las características de los estudios (ej. Cada uno de los elementos de PICOS, duración del seguimiento) y de las características de la búsqueda (por ej años abarcados, idiomas o estatus de la publicación) utilizadas como criterios de elegibilidad y su justificación.	Página: 10
Fuentes de información	7	Describir todas las fuentes de información (por ej. las bases de datos y periodos de búsqueda, contacto con los autores para identificar estudios adicionales, etc. Y fecha de la última búsqueda realizada.	Página: 10
Búsqueda	8	Presentar la estrategia completa de búsqueda electrónica, en al menos una base de datos, incluyendo los límites utilizados, de tal forma que pueda ser reproducible.	Página: 11
Selección de los estudios	9	Especificar el proceso de selección de los estudios con los criterios de inclusión y exclusión. Definir la elegibilidad de los estudios incluidos en la RS y cuando sea pertinente en el MA.	Página: 11

Proceso de extracción de datos	10	Describir los métodos para la extracción de datos de las publicaciones (por ej. Formularios pilotados por duplicado y de forma independiente) y cualquier proceso para obtener y confirmar datos por parte de los investigadores	Página: 12
Lista de datos	11	Listar y definir todas las variables para las que se buscaron datos (por ej. PICOS, fuente de financiación) y cualquier asunción o simplificación que se haya hecho.	
Riesgo de sesgo en los estudios	12	Describir los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales (especificar si se realizó a nivel de estudios o de resultados) y cómo esa información se ha utilizado en la síntesis de datos.	Página: 12
Medidas de resumen	13	Especificar las principales medidas de resumen (por ej. razón de riesgos o diferencia de medias)	
Síntesis de resultados	14	Describir los métodos para manejar los datos y combinar resultados de los estudios, cuando esto es posible, incluyendo medidas de consistencia para cada MA.	
Riesgo de sesgo entre los estudios	15	Especificar cualquier evaluación del riesgo de sesgo que pueda afectar la evidencia acumulativa (por ej. sesgo de publicación o comunicación selectiva)	
Análisis adicionales	16	Describir los métodos adicionales de análisis (por ej. análisis de sensibilidad o de subgrupos metarregresión) en el caso de que se hiciera, indicar cuales fueron pre-especificados.	
<b>RESULTADOS</b>			
Selección de estudios	17	Facilitar el número de estudios cribados, evaluados para su elegibilidad e incluidos en la RS, y detallar las razones para su exclusión en cada etapa, idealmente mediante un diagrama de flujos. El diagrama de flujo se convierte en un elemento esencial en las RS, en donde se valora el número de registros en cada etapa: identificación, cribado, elegibilidad e inclusión.	Página: 13
Características de los estudios	18	Para cada estudio presentar las características para las que se extrajeron datos (por ej. tamaño, PICOS y duración del seguimiento) y proporcionar las citas bibliográficas.	Página: 14
Riesgo de sesgo en los estudios	19	Presentar datos sobre el riesgo de sesgo en cada estudio y si está disponible cualquier evaluación de sesgo en los resultados (ver ítem 12).	Página: 17
Resultados de los estudios individuales	20	Para cada resultado considerado en cada estudio (beneficios o daños) presentara a) el dato resumen para cada grupo de intervención, b) la estimación del efecto con su intervalo de confianza, idealmente en forma gráfica mediante un diagrama de bosque (forest plot).	Página: 18
Síntesis de resultados	21	Presentar los resultados de todos los MA realizados, incluyendo los intervalos de confianza y las medidas de consistencia.	
Riesgo de sesgo entre sujetos	22	Presentar los resultados de cualquier evaluación del riesgo de sesgo entre los estudios (ver Ítem 15).	

Análisis adicionales	23	Facilitar los resultados de cualquier análisis adicional, en el caso de que haya sido realizado (por ej. análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión) [ver Item 16]).	
<b>DISCUSIÓN</b>			
Resumen de la evidencia	24	Resumir los hallazgos principales, incluyendo la fortaleza de las evidencias para cada resultado principal; considerar su relevancia para grupos clave (por ej. proveedores cuidados, usuarios y decisores en salud).	Página: 21
Limitaciones	25	Discutir las limitaciones de los estudios y de los resultados (p ej. Riesgo de sesgo) y de la revisión (por ej. obtención incompleta de los estudios identificados o comunicación selectiva).	Página: 25
Conclusiones	26	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias, así como las implicaciones para la futura investigación. En las RS/MA es esencial los apartados finales de “implicaciones para la práctica clínica” e “implicaciones para la investigación”	Página: 26
<b>FINANCIACIÓN</b>			
Funding	27	Describir las fuentes de financiación de la RS y otro tipo de apoyos (por ej. aporte de los datos), así como el papel de los financiadores.	

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097 For more information, visit: [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).

7.2 ANEXO II. **Tabla 3.** Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos empleadas.

BASE DE DATOS	ECUACIONES DE BÚSQUEDA
	Descriptorios / Fórmulas en texto libre
<i>PubMed</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mindfulness <b>AND</b> ADHD <b>AND</b> adult</li> <li>● Mindfulness <b>AND</b> nursing <b>AND</b> disease</li> <li>● <i>Mindfulness benefits for health-care professionals and patients</i></li> </ul>
<i>Web Of Science</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mindfulness <b>AND</b> ADHD <b>AND</b> adult</li> <li>● Mindfulness <b>AND</b> nursing <b>AND</b> disease</li> <li>● <i>Mindfulness benefits for both, professionals and patient</i></li> </ul>
<i>Cochrane Library</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mindfulness <b>AND</b> ADHD <b>AND</b> adult</li> <li>● Mindfulness <b>AND</b> nursing <b>AND</b> disease</li> </ul>
<i>CINAHL Complete</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mindfulness <b>AND</b> Attention Deficit Disorder with Hyperactivity <b>AND</b> adult</li> <li>● <i>Mindfulness nursing <b>AND NOT</b> students</i></li> <li>● <i>Mindfulness benefits for professionals and patient</i></li> </ul>
<i>Scopus</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mindfulness <b>AND</b> ADHD <b>AND</b> adult</li> <li>● “Nursing practice” <b>OR</b> “nursing intervention” <b>AND</b> mindfulness</li> <li>● <i>Mindfulness benefits for both, professionals and patient</i></li> </ul>
<i>ScienceDirect</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mindfulness <b>AND</b> Attention Deficit Disorder with Hyperactivity <b>AND</b> adult</li> <li>● “Nursing practice” <b>AND</b> “mindfulness intervention”</li> </ul>
<i>Portal de la BVS</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mindfulness <b>AND</b> ADHD <b>AND</b> adult</li> <li>● “Nursing practice” <b>AND</b> mindfulness <b>AND NOT</b> student</li> <li>● <i>Mindfulness benefits for both, professionals and patient</i></li> </ul>
<i>Dialnet</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mindfulness <b>AND</b> TDAH</li> <li>● Mindfulness <b>AND</b> nursing <b>AND NOT</b> students</li> </ul>

**7.3 ANEXO III. Tabla 4.** Herramienta CASPe para la evaluación de calidad.

	Bachmann K, et. al 2018 <sup>(26)</sup>	Bueno VF, et. al 2015 <sup>(27)</sup>	Cole P, et. al 2016 <sup>(28)</sup>	Edel M-A, et. al 2017	Fleming, A.P et al. 2015 <sup>(29)</sup>	Geurts DEM, et. al 2020 <sup>(30)</sup>	Gu Y, et. al 2018 <sup>(31)</sup>	Hepark S, et. al 2019 <sup>(32)</sup>
Pregunta definida claramente	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Aleatorización	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Seguimiento completo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cegamiento	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Homogeneidad de los grupos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Homogeneidad al tratar los grupos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Efecto del tratamiento grande	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Resultados precisos IC>95%	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Resultados aplicables	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes	No valorable	No valorable	No valorable	No valorable	No valorable	No valorable	No valorable	No valorable
<b>Puntuación total</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

	Hirvikoski T. et. al 2011 <sup>(33)</sup>	Hoxhaj E, et. al 2018 <sup>(34)</sup>	Janssen L, et. al 2020 <sup>(35)</sup>	Janssen L, et. al 2019 <sup>(36)</sup>	Mitchell JT, et. al 2017 <sup>(37)</sup>	Morgensterns E. et. al 2016	Nicastro R, et al 2021	Schoenberg PLA, et. al 2014 <sup>(38)</sup>
Pregunta definida claramente	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Aleatorización	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Sí
Seguimiento completo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cegamiento	No	Sí	No	Sí	No	No	No	No
Homogeneidad de los grupos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Homogeneidad al tratar los grupos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Efecto del tratamiento grande	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Resultados precisos IC>95%	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí
Resultados aplicables	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes*	No valorable	No valorable	No valorable	No valorable	No valorable	No valorable	No valorable	No valorable
Puntuación total	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>9</b>

\* El último ítem de la escala CASPe: «¿los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?» no ha sido analizado ya que no se pudo deducir de los estudios.

7.4 ANEXO IV. Tabla 5. Síntesis de resultados.

Autor, país y año	Tipo de estudio	Muestra	Intervención	Objetivos	Métodos de evaluación	Resultados
<i>Bachmann K, et. al 2018</i> <sup>(26)</sup> <i>Alemania</i>	Ensayo clínico controlado aleatorizado (ECA) Pre/Post	Adulta (18-65 años) TDAH combinado/ inatento (DSM-IV) (n=21 MAPs) ( n=19 PE)	MAPs vs. PE (2.5h/ semana, 8 semanas + práctica diaria casa)	Investigar efectos neurobiológicos de un programa de mindfulness en comparación con un programa de PE	CAARS: <ul style="list-style-type: none"><li>• Observadores cegados</li><li>• Autoevaluada</li></ul>	Pre/Post: <ul style="list-style-type: none"><li>• Mejora síntomas hiperactividad/ inquietud/ atención.</li><li>• Activación áreas cerebrales asociadas a memoria del trabajo.</li></ul>
<i>Bueno VF, et. al 2015</i> <sup>(27)</sup> <i>Brasil</i>	Ensayo clínico controlado no aleatorizado Pre/Post	Adulta (18-45 años) <ul style="list-style-type: none"><li>• TDAH (DSM-IV-TR)</li><li>• Controles sanos (n= 43 TDAH) (n= 17 controles) (29 MAP vs. 31 No inter.)</li></ul>	MAPs vs. No intervención (2.5h/ semana, 8 semanas + práctica diaria casa)	Investigar el efecto del MAPs sobre el estado de ánimo, la calidad de vida y atención en adultos con TDAH de ambos sexos.	<u>Calificación cognitiva:</u> ASRS, BDI, STAI-T, PANAS-X y AAQoL. <u>Pruebas atencionales:</u> ANT y CPT II.	Pre/Post: Mejoras en: <ul style="list-style-type: none"><li>• Parámetros afectivos</li><li>• Calidad de vida</li><li>• Función ejecutiva</li><li>• Atención/ hiperactividad en TDAH y controles</li></ul>
<i>Cole P, et. al 2016.</i> <sup>(28)</sup> <i>Suiza</i>	Ensayo clínico controlado no aleatorizado Pre/Post. 3 <sup>er</sup> y 6 <sup>o</sup> mes	Adulta (m=36.6 años) TDAH (DSM-V) (n=49 DBT +2 sesiones de TCC) (n= 13 Lista espera)	DBT/ TCC (2h t. individual + grupal/ semana, 12 meses) vs. No intervención	Evaluar beneficios de la DBT/TCC en pacientes con TDAH, para reducir los síntomas y mejorar su calidad de vida.	ASRS, BDI-II, BHS, KIMS y STAXI	Pre/Post: Mejoras en: <ul style="list-style-type: none"><li>• Síntomas TDAH</li><li>• Depresión y desesperanza</li><li>• Expresión de ira</li><li>• Habilidades atención plena</li></ul>

<i>Fleming A.P, et. al</i> 2015. <sup>(29)</sup> EE.UU	Ensayo clínico controlado aleatorizado Pre/Post. 3 <sup>er</sup> mes	Adulta (18-23 años) TDAH combinado/ inatento (DSM-V) (n= 17 DBT) (n= 16 SH)	DBT (1,5 h/ semana, 8 semanas + 90 min sesión de grupo) vs. SH	Evaluar la eficacia, aceptabilidad y viabilidad del uso DBT por universitarios con TDAH.	BAARS-IV, BADDs, AAQoL, BAI, BDI, GPA, FFMQ y CPT-2	Pre/Post: El uso de habilidades grupales DBT pareció ser más eficaz mejorando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La función ejecutiva</li> <li>• Calidad de vida</li> <li>• Síntomas totales TDAH</li> </ul>
<i>Geurts DEM, et. al</i> 2020. <sup>(30)</sup> Países Bajos	Ensayo clínico controlado aleatorizado Pre/Post. 3 <sup>er</sup> , 6 <sup>o</sup> mes	Adulta (No especifica) TDAH (DSM-IV) (n= 43 MBCT + TAU) (n= 51 TAU)	MBCT + TAU (2.5h/semana, 8 semanas (- 1 día silencio) + casa práctica) vs. TAU	Evaluar los posibles mecanismos de trabajo a través del uso de la MBCT + TAU en pacientes con TDAH.	CAARS-INV:SV, MHC-DF, FFMQ-SF, SCS-SF, BRIEF-A	Pre/Post: Mejoras de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud mental positiva</li> <li>• Habilidades de atención plena</li> <li>• Síntomas centrales del TDAH</li> <li>• Inhibición autoinformada</li> </ul>
<i>Gu Y, et. al</i> 2018. <sup>(31)</sup> China	Ensayo clínico controlado aleatorizado Pre/Post. 3 <sup>er</sup> mes	Adulta (19-24 años) TDAH combinado/ inatento (DSM-V) (n= 28 MBCT) (n= 26 LE)	MBCT vs. No intervención (LE) (1h/semana, 6 semanas + 30 min. autopráctica/día)	Evaluar la eficacia de MBCT en estudiantes universitarios con TDAH en relación con un grupo de control de WL	CAARS-S:SV, BAI, BDI-2, GPA, MAAS, ANT,	Pre/Post: Mejoras en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas centrales TDAH</li> <li>• RT y ES en la red de alerta según ANT</li> <li>• Ansiedad y depresión</li> <li>• Atención y conciencia plena</li> </ul>
<i>Hepark S, et al</i> 2019. <sup>(32)</sup> Países Bajos	Ensayo clínico controlado aleatorizado preliminar Pre/Post	Adulta (18-65 años) TDAH todos subtipos (DSM-IV-TR) (n= 55 MBCT) (n=48 LE)	MBCT (12 semanas + 30 min práctica diaria casa) vs. No intervención (LE)	Examinar la efectividad de la atención plena como tratamiento para adultos diagnosticados de TDAH	CAARS-INV, CAARS-S, BRIEF- ASR, BDI-II-NL, STAI, OQ y KIMS	Pre/Post: Mejoras de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas centrales TDAH (investigador y autoinformados)</li> <li>• Funcionamiento ejecutivo</li> <li>• Habilidades de atención plena</li> </ul>

<p><i>Hirvikoski T, et. al</i> 2011. <sup>(33)</sup> Suecia</p>	<p>Ensayo clínico controlado aleatorizado Pre/Post. 3<sup>er</sup> mes, 1 año</p>	<p>Adulta (21-66 años) TDAH todos subtipos (DSM-IV) (n= 26 DBT) (n= 25 G. Discusión)</p>	<p>DBT vs. Grupo de discusión (14 sesiones/ 2 h.)</p>	<p>Evaluar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de la DBT en un contexto psiquiátrico ambulatorio sueco</p>	<p>ASRS, TCS, formulario de evaluación del paciente del manual de trabajo (Hesslinger et al.), BDI, BAI, cuestionario de Karolinska, PSS</p>	<p>Pre/Post: Mejoras de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas TDAH (SOLO DBT)</li> <li>• Afrontar problemas r/c TDAH</li> <li>• Satisfacción, aceptabilidad y viabilidad r/c tto.</li> <li>• Apoyo grupal + líderes facilitar el manejo de medicación.</li> </ul>
<p><i>Hoxhaj E, et. al</i> 2018. <sup>(34)</sup> Alemania</p>	<p>Ensayo clínico controlado aleatorizado Pre/Post. 6<sup>o</sup> mes</p>	<p>Adulta (m=39 años) TDAH (no medicación/ no psicoterapia) combinado/ inatento (DSM-IV) (n= 41 MAPs) (n= 40 PE)</p>	<p>MAPs vs. PE (2.5 h/ semana, 8 semanas + casa práctica diaria)</p>	<p>Evaluar la eficacia del MAPs en comparación con la PE estructurada</p>	<p>CAARS-INV, CAARS-S, BSI, BDI, SF-36, FFMQ</p>	<p>Pre/Post: Mejora de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas TDAH (al tiempo, hasta T3, en ambos grupos)</li> <li>• Depresión, ansiedad, angustia</li> <li>• Observación de atención plena y no reactividad (MAP)</li> </ul>
<p><i>Janssen L, et. al</i> 2020. <sup>(35)</sup> Países Bajos</p>	<p>Estudio piloto método mixto. Pre/Post.</p>	<p>Adulta (No especifica) TDAH combinado/ inatento (DSM-IV-TR) (n=31 MBCT adaptado) 26 finalizan MBCT 5 no</p>	<p>MBCT + MAPs (2.5h/semana, 8 semana (-1 día silencio) + 30 mins. práctica diaria)</p>	<p>Explorar viabilidad y eficacia MBCT junto con el posible proceso de cambio</p>	<p>CAARS-S, BRIEF-A, FFMQ-SF, SCS-SF, OQ, SF-12 y formularios de evaluación</p>	<p>Pre/Post: Mejora de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas TDAH</li> <li>• Función ejecutiva</li> <li>• Autocompasión</li> <li>• Salud mental positiva</li> </ul>

<p><i>Janssen L, et. al</i> 2019. <sup>(36)</sup> Países Bajos</p>	<p>Ensayo clínico controlado aleatorizado Pre/Post. 3<sup>er</sup> y 6<sup>o</sup> mes</p>	<p>Adulta (&gt;18 años) TDAH todos subtipos (DSM-IV) (n=60 MBCT+TAU) (n= 60 TAU)</p>	<p>MBCT + TAU (2.5h/semana, 8 semana (-1 día silencio) + 30 mins. práctica diaria) <b>vs. TAU</b></p>	<p>Investigar la eficacia de MBCT + TAU vs TAU para reducir los síntomas centrales en adultos con TDAH.</p>	<p>CAARS-INV:SV, CAARS-S:SV, BRIEF-A, FFMQ-SF, SCS-SF, MHC-SF, OQ 45.2</p>	<p>Mejora MBCT+TAU vs TAU:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntoma TDAH (MBCT+ TAU)</li> <li>• Habilidades atención plena</li> <li>• Autocompasión</li> <li>• Salud mental positiva</li> </ul>
<p><i>Mitchell JT, et. al</i> 2017. <sup>(37)</sup> EE.UU</p>	<p>Ensayo piloto estratificado aleatorizado Pre/Post</p>	<p>Adulta (18-50 años) TDAH todos subtipos (DSM-IV) (n= 11 MAPs) (n= 9 LE)</p>	<p>MAPs (2.5h/semana, 8 semana + práctica diaria casa) <b>vs.</b> no intervención (LE)</p>	<p>Evaluar la eficacia preliminar de un entrenamiento grupal MAPs para adultos con TDAH en comparación con un grupo de control en lista de espera</p>	<p>ASRS, DEFS, BRIEF-A, DERS, DTS, ANT, CPT, Digit Span Test, Trail Making Test, EMA</p>	<p>Pre/Post: Mejora MAPs vs LE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viabilidad, aceptabilidad, eficacia grupo MAPs vs. LE</li> <li>• Síntoma y det. funcional TDAH</li> <li>• Funcionamiento ejecutivo</li> <li>• Desregulación emocional</li> </ul>
<p><i>Schoenberg PLA, et. al</i> 2014. <sup>(38)</sup> Países Bajos</p>	<p>Ensayo clínico controlado aleatorizado Pre/Post.</p>	<p>Adulta (18-65 años) TDAH t (DSM-IV-TR) (n=26 MBCT) (n= 24 LE)</p>	<p>MBCT (3h/semana, 12 sesión/semana + 30-45min práctica diaria casa) <b>vs.</b> no intervención (LE)</p>	<p>Examinar si MBCT mejoraría las amplitudes de ERP indexando los biomarcadores de rendimiento de adultos con TDAH</p>	<p>CAARS-S:SV, registro actividad EEG, OQ 45.2, KIMS, CPT-X</p>	<p>Pre/Post: Mejora MBCT vs LE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amplitud respuesta a tareas No-Go-Pro-P3 y potenciales evocado</li> <li>• Síntomas centrales TDAH</li> <li>• Angustia por síntomas/ Rol social</li> <li>• Habilidades de atención plena</li> <li>• Conciencia del error, control inhibitorio</li> <li>• Regulación de las emociones</li> <li>• Capacidades cognitivas</li> </ul>