



**Universidad  
Europea** CANARIAS

**Terapia Cognitivo Conductual en  
la Intervención sobre Problemas de  
Conducta en Personas con  
Discapacidad Intelectual y del  
Desarrollo. Revisión Sistemática.**

---

**Trabajo fin de Máster**

---

**Autor/a:** Patricia Orihuela Gil

**Tutor/a:** Jacobo Torres Almenara

04 de febrero de 2025

## Resumen

En la actualidad, la discapacidad intelectual (DI) sigue sin ser un área visible y de interés para muchos de los profesionales de la salud mental. Es por ello, el escaso número de investigaciones que hay al respecto. Sin embargo, actualmente en España el porcentaje de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo asciende a un 1% del total de la población española según cita Plena Inclusión, esto equivale a actualmente a casi 500 mil personas, sin contar con aquellas que no tienen el certificado de discapacidad reconocido.

Dado el gran número de personas que tienen esta discapacidad, se hace necesaria una mayor investigación al respecto con el objetivo de trabajar sobre la prevención y el tratamiento de los problemas asociados que encontramos en un número importante de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, para adaptar el trabajo que se ofrece desde la salud y mejorar la calidad de vida de estas personas y sus familias, así como, para mejorar los servicios médicos que se ofrecen a estas personas, aportando un mayor conocimiento sobre la discapacidad intelectual y del desarrollo, mejorando la comunicación y la toma de decisiones en cuanto a tratamientos. Para ello, se ha realizado esta revisión sistemática, la cual pretende visualizar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en personas con discapacidad intelectual para reducir los problemas de conducta que, en ocasiones, presentan. Este trabajo se ha realizado siguiendo las indicaciones del método PRISMA para la revisión de la bibliografía científica disponible en las bases de datos PubMed (MEDLINE) y Cochrane. La calidad metodológica de los artículos se examinó bajo los criterios del método CASPe. Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión a los 99 artículos que inicialmente arrojaron las páginas de búsqueda se confirmó que tan solo 4 de ellos cumplían con los

requisitos necesarios para ser elegibles, tratándose todos ellos de estudios controlados aleatorios (ECA) que incluyen mediciones tanto antes como después de la intervención. Los resultados muestran que la Terapia Cognitivo Conductual tiene un alto grado de eficacia para la reducción de los problemas de conducta en personas con discapacidad intelectual.

***Palabras clave:** alteración de conducta, conducta agresiva, conducta disruptiva, discapacidad intelectual, discapacidad intelectual y del desarrollo, intervención cognitivo-conductual, terapia cognitivo conductual, trastorno de conducta.*

## **Abstract**

Currently, intellectual disability remains an area that is not visible or of interest to many mental health professionals. This is why there is a limited number of studies on the subject. However, in Spain, the percentage of people with intellectual and developmental disabilities currently stands at 1% of the total population, according to Plena Inclusión. This equates to nearly 500,000 people, not including those who do not have a recognized disability certificate.

Given the large number of people with this disability, further research is necessary to focus on the prevention and treatment of associated problems found in a significant number of individuals with intellectual and developmental disabilities. This research aims to adapt the healthcare services provided and improve the quality of life for these individuals and their families. Additionally, it seeks to enhance the medical services offered to these individuals by providing greater knowledge about intellectual and developmental disabilities, improving communication, and aiding in treatment decision-making. To this end, a systematic review has been conducted to assess the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in reducing behavioral problems in individuals with intellectual disabilities. This work follows the PRISMA method for reviewing scientific literature available in the PubMed (MEDLINE) and Cochrane databases. The methodological quality of the articles was examined under the criteria of the CASPe method. After applying the inclusion and exclusion criteria to the 99 articles initially retrieved, only 4 met the necessary requirements to be eligible. All of these were randomized controlled trials (RCTs) that included measurements both before and after the intervention. The results show that Cognitive Behavioral Therapy is highly effective in reducing behavioral problems in individuals with intellectual disabilities.

**Keywords:** *aggressive behaviour, behavior alteration, cognitive-behavioral interventions, cognitive-behavioral therapy, conduct disorder, disruptive behavior, intellectual disability, intellectual and developmental disability.*

## Introducción

La discapacidad intelectual (DI) es una condición que afecta a una parte significativa de la población mundial y se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo. Estas limitaciones incluyen dificultades en habilidades como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia. Además, estas limitaciones afectan a la capacidad de la persona para cumplir con los estándares de independencia personal y responsabilidad social esperados para su edad y contexto cultural. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), estas limitaciones suelen presentarse antes de los 18 años y tienen un impacto considerable en la vida diaria de las personas que la padecen.

La prevalencia de la DI en los países occidentales se estima entre el 1% y el 3% de la población, siendo ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres (Ke, X., et al 2017).

Esta condición no solo representa un desafío para los individuos que la padecen, sino también para sus familias, cuidadores y la sociedad en general (Aguilar, R., et al. 2017). La discapacidad intelectual puede manifestarse en diversos grados de severidad, desde leve hasta profunda, y cada nivel de severidad presenta sus propios desafíos y necesidades específicas de apoyo.

Los niveles de Cociente Intelectual Total (CIT), según los recoge el DSM-5, son:

1. Inteligencia Límite: con un CIT situado entre 70-79.
2. Discapacidad Cognitiva Leve: Las personas con DI leve tienen un CIT de entre 50/55-69. Suelen ser capaces de adquirir habilidades académicas hasta aproximadamente el nivel de sexto grado y pueden vivir de manera independiente con un apoyo mínimo. Pueden necesitar ayuda ocasional para enfrentar situaciones de estrés o para tomar decisiones importantes, pero en general, pueden integrarse en la sociedad y mantener relaciones sociales satisfactorias
3. Discapacidad Cognitiva Moderada: Con un CI de entre 35/40-50/55, las personas con DI moderada presentan mayores dificultades cognitivas, especialmente en el procesamiento de conceptos complejos. Pueden aprender habilidades de comunicación básicas y realizar tareas simples bajo supervisión. Necesitan apoyo regular en actividades cotidianas y en el aprendizaje, y aunque pueden participar en actividades sociales y laborales en entornos protegidos, requieren supervisión constante.
4. Discapacidad Cognitiva Grave: Las personas con DI grave tienen un CIT de entre 20/25-35/40. Tienen una dependencia significativa para realizar actividades diarias y requieren ayuda constante. Su capacidad de comunicación es limitada, y suelen necesitar apoyo intensivo para el autocuidado y la movilidad. Las intervenciones educativas y terapéuticas se centran en desarrollar habilidades básicas de vida y comunicación.
5. Discapacidad Cognitiva Profunda: Con un CIT por debajo de 20/25, las personas con DI profunda requieren apoyo intensivo en todas las áreas de la vida. Su capacidad de comunicación es muy limitada, y dependen

completamente de otros para su cuidado y bienestar. Las intervenciones se enfocan en proporcionar un entorno seguro y en mejorar la calidad de vida a través de la estimulación sensorial y el desarrollo de habilidades motoras básicas.

Uno de los desafíos más comunes y complejos asociados con la DI son los problemas de conducta. Estos problemas pueden variar desde comportamientos disruptivos y agresivos hasta dificultades en la regulación emocional y social (Gutiérrez, M., et al. 2018). La coexistencia de problemas de conducta en individuos con DI no solo complica el manejo clínico y educativo, sino que también impacta negativamente en la calidad de vida de los afectados y sus familias. La presencia de estos problemas de conducta puede aumentar el estrés y la carga emocional de los cuidadores, afectando la dinámica familiar y la salud mental de todos los involucrados (Navas, P. et al. 2024). Además, los problemas de conducta pueden interferir con la capacidad de los individuos para participar en actividades educativas, laborales y sociales, limitando sus oportunidades de desarrollo y autonomía (Arejolaleiba Etxabe, M. et al. 2022).

En cuanto al tratamiento, aunque la terapia con psicofármacos sigue siendo muy extendida, la terapia cognitivo-conductual (TCC) también ha demostrado ser una intervención eficaz para reducir la frecuencia e intensidad de los problemas de conducta en personas con DI. La TCC no solo ayuda a modificar los comportamientos problemáticos, sino que también enseña a los individuos estrategias de afrontamiento y habilidades sociales que pueden mejorar su funcionamiento diario y su calidad de vida a largo plazo. A pesar de la eficacia demostrada de la TCC, su aplicación en personas con DI presenta desafíos únicos que requieren una adaptación cuidadosa de las técnicas terapéuticas. Es fundamental que los terapeutas comprendan las necesidades específicas

**Campus de la Orotava**

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

[www.universidadeuropea.com](http://www.universidadeuropea.com)

de esta población y adapten sus enfoques para maximizar la efectividad de la intervención (Unwin, G., 2016).

Esta revisión sistemática tiene como objetivos analizar y sintetizar la literatura científica existente sobre la relación entre la discapacidad intelectual y los problemas de conducta, así como evaluar la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en esta población. A través de esta revisión sistemática, se pretende identificar las técnicas más eficaces dentro de la TCC para la reducción de las alteraciones de conducta en pacientes adultos con discapacidad intelectual, proporcionando así una base sólida para futuras investigaciones y prácticas clínicas. Además, se explorarán las barreras y facilitadores para la implementación de la TCC en esta población, con el fin de ofrecer recomendaciones prácticas para mejorar la accesibilidad y efectividad de estas intervenciones.

Para ello, nuestra pregunta de investigación ha sido: ¿Es la terapia cognitivo-conductual eficaz en la reducción de los problemas de conducta en pacientes adultos con discapacidad intelectual?

### **Método**

El presente trabajo de revisión sistemática se desarrolló en base a las directrices de la Declaración PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for systematic reviews and Meta-Analyses), planteándose la siguiente pregunta de investigación PICO:

¿Es la terapia cognitivo-conductual eficaz en la reducción de los problemas de conducta en pacientes adultos con discapacidad intelectual?

P: Adultos con discapacidad intelectual con problemas de conducta.

I: Terapia cognitivo conductual.

C: Sin comparador.

O: Parámetros de eficacia de los distintos tratamientos cognitivo-conductuales en la reducción de problemas de conducta.

### **Criterios de Elegibilidad**

Criterios de inclusión:

- Tipo de estudio: Ensayos controlados aleatorizados (ECA).
- Población: Personas adultas mayores de 18 años con discapacidad intelectual y del desarrollo y problemas de conducta.
- Intervención: Aplicación de técnicas de terapia cognitivo-conductual.
- Resultados: Parámetros que estudien la eficacia de los distintos tratamientos cognitivo-conductuales en la reducción de problemas de conducta.
- Idioma: Artículos publicados en inglés o español.
- Fecha de publicación: Estudios publicados entre 2005 y 2024.

Criterios de exclusión:

- Tipo de estudio: Estudios diferentes a los ECA.
- Población: Pacientes menores de 18 años o personas con discapacidad intelectual con o sin problemas de conducta asociados.
- Intervención: Tratamientos fuera de la terapia cognitivo-conductual.
- Resultados: Parámetros distintos a los de eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en la reducción de los problemas de conducta
- Idioma: Artículos publicados en idiomas distintos al inglés o español.
- Fecha de publicación: Estudios publicados antes de 2005.

## **Fuentes de Información**

Las principales bases de datos empleadas para la realización del estudio fueron MEDLINE (PubMed) y Cochrane, incluyendo estudios controlados aleatorizados (ECA). La fecha en que se consultaron por última vez todas ellas fue el 30/10/2024.

## **Estrategia de Búsqueda**

Al diseñar la ecuación de búsqueda, se incorporaron términos vinculados a las variables de interés que se pretenden analizar en esta revisión (basadas en la “P” población e “I” intervención de nuestra pregunta PICO). Entre estos términos se incluyen aquellos relacionados con los problemas de conducta en la discapacidad intelectual y los efectos a corto y largo plazo de la terapia cognitiva conductual y sus distintas técnicas.

Los buscadores empleados en nuestro estudio han sido MEDLINE (PubMed) y Cochrane. Además de hacer uso de descriptores MeSH (abreviatura de Medical Subject Heading), desarrollados por la Nacional Library of Medicine para Medline (PubMed), con los componentes de nuestra pregunta PICO.

Estos términos utilizados para la realización de las búsquedas han sido: aggressive behaviour, behavior alteration, disruptive behavior, intellectual disability, intellectual and developmental disability, cognitive-behavioral interventions, cognitive-behavioral therapy, conduct disorder.

Para el diseño de la estrategia de búsqueda se emplearon términos de las variables de estudio, así como los operadores booleanos AND y OR. Se aporta la estrategia de búsqueda de los buscadores MEDLINE y Cochrane en el Apéndice B disponible en Apéndices. La fecha en que se consultaron por última vez todas ellas fue el 30 de octubre de 2024.

Los filtros específicos utilizados para las distintas bases de datos fueron:

- Últimos 20 años.
- Idioma: inglés o castellano.
- Documentos de libre acceso a texto completo.
- Tipo de estudio seleccionado: ECA.

### **Proceso de Selección de los Estudios**

Se llevó a cabo un proceso manual en el que la autora del trabajo identificó los estudios en diversas bases de datos. En la primera etapa, se realizó un cribado inicial de referencias mediante la revisión de títulos y resúmenes, descartando los artículos que no cumplían con los criterios de inclusión. En esta primera fase, se obtuvieron 99 artículos relacionados con las variables de interés. En la segunda etapa, los artículos que pasaron el primer filtro fueron revisados a texto completo para asegurar que cumplían con los criterios de inclusión. De ellos, sólo 4 cumplían con los criterios de inclusión. Los artículos que no proporcionaban suficiente información para determinar su idoneidad fueron descartados.

Para su desarrollo se procedió a utilizar el apéndice 1 de criterios de selección de estudios que aparece en “Apéndices”.

### **Proceso de Extracción de los Datos**

La autora del trabajo llevó a cabo la recopilación de manera independiente, la cual se encuentra disponible en el Apéndice D del Apéndice. Se extrajo la información más relevante para la revisión mediante el diseño de un documento Excel y se realizó una lectura crítica de los estudios seleccionados para garantizar su pertinencia.

Se tuvo en cuenta la edad de la población estudiada, el tipo de intervención utilizada, las medidas de resultado, el diseño del estudio y los resultados hallados.

Tras revisar todos los contenidos de los estudios incluidos, se llevó a cabo una extracción de aquella información de mayor relevancia que respondiera a los objetivos establecidos:

- Identificación de la referencia (autor, título, año de publicación, revista...)
- Objetivos
- Metodología: Diseño, métodos, instrumentos y técnicas.
- Población: Características demográficas (edad, sexo...). Diagnóstico, comorbilidad, gravedad...etc.
- Medidas de resultados: Instrumento de medida, escala...etc.
- Resultados.

### **Lista de Datos**

En cuanto a los datos relevantes recopilados que se han obtenido de los estudios seleccionados para la realización de la presente revisión sistemática, han sido por una parte, el objetivo que persigue el estudio y que este estuviera relacionado con nuestras variables de interés (eficacia de la intervención cognitivo conductual en la disminución de los problemas de conducta en personas adultas con discapacidad intelectual); el diseño, en este caso ensayos controlados aleatorizados; sobre la muestra: con indiferencia entre el sexo de los participantes pero sí pretendiendo la equidad, la edad también ha sido un factor importante, ya que nos centramos en población adulta (> 18 años), con independencia de su localización geográfica y etnia.

Por otra parte, en cuanto al tamaño de la muestra, los estudios varían considerablemente. El estudio de Hassiotis et al. trabaja con una muestra de 63 participantes, mientras que el de Taylor et al. incluye 40 pacientes, y el de Willner et al.

(2013) cuenta con 179 usuarios de servicios. Por último, el estudio de Willner et al. (2011) tiene una muestra más amplia de 300 participantes. En términos de metodología, todos los estudios utilizan ensayos controlados aleatorizados, aunque con variaciones en el diseño: Hassiotis et al. emplea un diseño simple ciego, Taylor et al. utiliza un diseño con asignación a dos grupos (tratamiento de la ira y control en lista de espera), y ambos estudios de Willner et al. (2011 y 2013) utilizan un diseño aleatorizado por clúster o conglomerados. Los instrumentos y técnicas utilizados incluyen el Aberrant Behavior Checklist (ABC) en el estudio de Hassiotis et al., el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI) y el Cuestionario de Ira Multidimensional (MAI) en el estudio de Taylor et al., y el Índice de Provocación y medidas de auto-reporte en los estudios de Willner et al. (2011 y 2013). La temporalización de los estudios varía, con evaluaciones a los 3 y 6 meses en el estudio de Hassiotis et al., preselección, tratamiento de 18 sesiones y seguimiento a los 4 meses en el estudio de Taylor et al., y evaluaciones a las 16 semanas y 10 meses en el estudio de Willner et al. (2013). En cuanto a los resultados, Hassiotis et al. encontraron diferencias significativas en las puntuaciones transformadas del ABC, con una diferencia de -0.89 (IC del 95%: -1.74 a -0.04) y mejoras en las subescalas de letargo e hiperactividad. Taylor et al. reportaron una disminución significativa en los niveles de ira en el grupo de tratamiento en comparación con el grupo de control. Willner et al. (2013) encontraron que, aunque el efecto en la medida principal no fue significativo, hubo mejoras en las calificaciones del Índice de Provocación por parte de los trabajadores clave y en las medidas de auto-reporte de ira. Finalmente, Willner et al. (2011) reportaron una reducción significativa en los niveles de ira y mejoras en el uso de habilidades de afrontamiento y en la salud

mental, aunque no se proporcionaron datos numéricos específicos, lo que podría indicar un sesgo de diseño o de información.

### **Evaluación del Riesgo de Sesgo de los Estudios Individuales**

Para la evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos en esta revisión sistemática, además de hacer uso de CASPe, que será explicado posteriormente en el apartado de *Evaluación de la certeza de la evidencia y riesgo de sesgo*; se ha realizado de forma más concreta a través de The Cochrane Collaboration. Esta herramienta está dedicada a la evaluación del riesgo de sesgo en los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECAs), la cual consiste en una tabla de "Riesgo de Sesgo" que contiene una descripción y valoración para cada ítem relevante. A través de este análisis exhaustivo, se obtiene una evaluación final que contribuye a determinar la calidad del artículo en cuestión (Sterne, JAC, et al. 2019). El esfuerzo continuo de The Cochrane Collaboration es asegurar que produzca revisiones sistemáticas de alta calidad, relevantes y actualizadas (Chandler, J. et al., 2013).

Dicha tabla se ha realizado para cada uno de los estudios que componen esta revisión (Ver Apéndice del E al H del Apéndice).

Los sesgos que se valoran a través de este medio son:

- Sesgo de selección: Intervenciones con una asignación sesgada por una aleatorización mal ejecutada o una inadecuada ocultación de dichas asignaciones.
- Sesgo de realización: Debido al conocimiento del personal y/o los participantes de las intervenciones asignadas durante el estudio.

- Sesgo de detección: Causado por el conocimiento de los evaluadores de las intervenciones asignadas.
- Sesgo de desgaste: Causado por la cantidad de datos de los resultados incompletos, su naturaleza o manejo.
- Sesgo de notificación: Debido a una incompleta notificación selectiva.

Para mostrar los resultados de forma visual se aportan los gráficos de datos de evaluación de sesgos en los Apéndices L y M del Apéndice.

### **Medidas del Efecto**

Las medidas del efecto empleadas en la presentación de los resultados de estos estudios han sido intervalos de confianza (IC) y diferencias de medias.

1. Hassiotis et al. (2009):
  - Puntuaciones totales transformadas del Aberrant Behavior Checklist (ABC): Intervalo de confianza ( $p < 0,05$ ). Se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones transformadas del ABC, con una diferencia de -0.89 (IC del 95%: -1.74 a -0.04) entre los grupos.
  - Subescalas de letargo e hiperactividad: Intervalo de confianza ( $p < 0,05$ ). Se encontraron diferencias significativas con un efecto común de la intervención de -0.56 (IC del 95%: -0.97 a -0.15).
  - Comorbilidad psiquiátrica: Los participantes del grupo de tratamiento estándar presentaron peores resultados en la subescala de trastornos orgánicos comórbidos del PAS-ADD.

- Costos totales: Hubo una tendencia clara hacia costos totales más bajos para el grupo de intervención.
2. Taylor et al. (2005):
- Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI): Intervalo de confianza ( $p < 0,05$ ). Los participantes del grupo de tratamiento de la ira (AT) reportaron una disminución significativa en los niveles de ira en comparación con el grupo de control en lista de espera (RC).
  - Cuestionario de Ira Multidimensional (MAI): Intervalo de confianza ( $p < 0,05$ ). Se observaron mejoras significativas en las medidas de auto-reporte de ira.
  - Escala de Evaluación de la Ira (ARS): Intervalo de confianza ( $p < 0,05$ ). Las evaluaciones del personal indicaron mejoras en el comportamiento de los pacientes después del tratamiento.
3. Willner et al. (2013):
- Índice de Provocación (medida principal de resultado): Intervalo de confianza ( $p < 0,05$ ). La intervención tuvo un efecto pequeño y no significativo en los informes de ira de los participantes. La diferencia media fue de 2.8 puntos, con un intervalo de confianza del 95% de -1.7 a 7.4 a los 10 meses.
  - Calificaciones del Índice de Provocación por parte de los trabajadores clave: Intervalo de confianza ( $p < 0,05$ ). Estas calificaciones fueron significativamente más bajas en ambas evaluaciones de seguimiento.
  - Medidas de auto-reporte de ira: Intervalo de confianza ( $p < 0,05$ ). Las calificaciones de los usuarios del servicio en otra medida de auto-reporte de ira basada en desencadenantes personalmente relevantes también fueron significativamente más bajas en ambas evaluaciones de seguimiento.

- Uso de habilidades de afrontamiento de la ira: Intervalo de confianza ( $p < 0,05$ ).

Tanto los usuarios del servicio como sus trabajadores clave informaron un mayor uso de habilidades de afrontamiento de la ira en ambas evaluaciones de seguimiento.

#### 4. Willner et al. (2011):

- Índice de Provocación: Intervalo de confianza ( $p < 0,05$ ). La intervención mostró una reducción significativa en los niveles de ira reportados por los participantes.
- Cuestionario de Expresión de la Ira: Intervalo de confianza ( $p < 0,05$ ). Se observaron mejoras en cómo los participantes expresan su ira.
- Escala de Agresión: Intervalo de confianza ( $p < 0,05$ ). Se evaluaron comportamientos agresivos y se encontraron mejoras significativas.
- Cuestionario de Salud General (GHQ): Intervalo de confianza ( $p < 0,05$ ). Hubo mejoras en las medidas de salud mental.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI): Intervalo de confianza ( $p < 0,05$ ). Se observaron mejoras en los niveles de depresión.

Estos resultados indican que las intervenciones de terapia cognitivo-conductual (TCC) en grupo e individualizadas para el manejo de la ira en personas con discapacidad intelectual pueden ser efectivas en mejorar el control de la ira y el bienestar psicológico, aunque algunos estudios muestran efectos más significativos que otros.

### **Método de Síntesis**

Para realizar el proceso de síntesis se resumieron los datos más relevantes y resultados de los estudios individuales incluidos en la presente revisión sistemática para

aportar una visión global de la evidencia científica disponible y de su calidad. La metodología empleada consistió en la síntesis narrativa (descriptiva o cualitativa). Para este proceso, se procedió a realizar una tabla en la que se sintetizó la siguiente información (Apéndice C del Apéndice):

- Tipo de estudio
- Número de participantes y características (género, edad, diagnóstico)
- Tipo de intervenciones
- Comparador
- Resultados relevantes

En cuanto a los estudios incluidos en esta revisión, en todos los casos se trató de ensayos controlados aleatorizados, la cifra global de participantes resultó con un total de 582 personas con DI y problema de conducta, principalmente relacionados con problemas de control de la ira.

Los estudios abordan cuestiones de interés en cuanto al manejo de la ira en personas con discapacidad intelectual, utilizando intervenciones de TCC. Se exploran las implicaciones de estas intervenciones en la reducción de la ira, la mejora del comportamiento y el bienestar psicológico general. Además, se valora la efectividad de diferentes enfoques, como la TCC en grupo y la TCC individualizada, y se comparan con tratamientos estándar o grupos de control en lista de espera. Para ello, se utilizan comparadores mediante un grupo control y un grupo experimental, a los cuales se les asigna una intervención de TCC u otra, o un tipo de tratamiento estándar.

La síntesis de los resultados revela que las intervenciones de TCC son efectivas para aliviar la sintomatología de la ira y mejorar el comportamiento en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Los estudios muestran que estas intervenciones pueden reducir significativamente los niveles de ira, mejorar el uso de habilidades de afrontamiento y tener un impacto positivo en la salud mental general de los participantes.

**Reducción de la ira:** las intervenciones de TCC mostraron una reducción significativa en los niveles de ira reportados por los participantes, tanto en las medidas de autorreporte como en las evaluaciones realizadas por los trabajadores clave y el personal.

**Mejoras en el comportamiento:** los estudios reportaron mejoras en el comportamiento de los participantes, incluyendo una disminución en los comportamientos agresivos y en las subescalas de letargo e hiperactividad.

**Uso de habilidades de afrontamiento:** tanto los participantes como los trabajadores clave informaron un mayor uso de habilidades de afrontamiento de la ira después de las intervenciones. Esto sugiere que las técnicas enseñadas durante las sesiones de TCC fueron efectivamente aplicadas en situaciones cotidianas.

**Impacto en la salud mental:** hubo mejoras en las medidas de salud mental, incluyendo el bienestar psicológico general y la reducción de los niveles de depresión.

En resumen, las intervenciones de TCC, tanto en grupo como individualizadas, demostraron ser efectivas para reducir la ira, mejorar el comportamiento y el uso de habilidades de afrontamiento, y tener un impacto positivo en la salud mental, así como disminución de los problemas de conducta que presentan algunas personas con

discapacidad intelectual y del desarrollo. Estos resultados subrayan la importancia de implementar programas de TCC para el manejo de la ira en esta población, proporcionando beneficios tanto a nivel individual como organizacional.

### **Evaluación de la Certeza de la Evidencia y Riesgo de Sesgo en la Publicación**

Para llevar a cabo el procedimiento de evaluación de la certeza de la evidencia proporcionada por los diversos estudios incluidos en esta revisión, se utilizó la herramienta CASPe (Cabello, 2005). CASPe, que significa Programa de Habilidades de Evaluación Crítica (Critical Appraisal Skills Programme, en inglés), está disponible en su versión en español. Los resultados obtenidos con esta herramienta se encuentran detallados en el Apéndice K del Apéndice. La evaluación fue realizada de manera independiente por la autora del trabajo.

El CASPe es una iniciativa desarrollada por el Institute of Health Sciences de Oxford, en colaboración con la Universidad de Oxford y el NHS R&D. Su objetivo principal es capacitar a los profesionales del sector salud en la adquisición de habilidades para buscar información y realizar una lectura crítica de la literatura científica en el ámbito de la salud. Este programa tiene como finalidad proporcionar a los profesionales las herramientas necesarias para acceder a la "evidencia científica" relevante y, de esta manera, respaldar sus decisiones de manera fundamentada. La versión española del CASPe se publicó en 2016 (CASPE, 2016).

Para evaluar un ensayo, es crucial considerar tres aspectos fundamentales: ¿Son válidos los resultados del ensayo? ¿Cuáles son los resultados obtenidos? ¿Pueden estos resultados ser de utilidad? Las 11 preguntas que se presentan tienen como objetivo guiar de manera sistemática en la evaluación del ensayo. Estas abordan los dominios del

estudio que definen su riesgo de sesgo. Con tres alternativas de respuesta: SÍ, NO o NO SÉ. (Puntuación: Sí=1; No=0; No se conoce=0).

Se hizo uso de una escala para los estudios controlados aleatorios (ECA), la cual constaba de las siguientes preguntas:

1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?
2. ¿Fue aleatoria la asignación de pacientes a los tratamientos?
3. ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?
4. ¿Fue adecuado el manejo de pérdidas durante el estudio?
5. ¿Fue adecuada la medición de los desenlaces?
6. ¿Se evitó la comunicación selectiva de resultados?
7. ¿Cuál es el efecto del tratamiento para cada desenlace?
8. ¿Cuál es la precisión de los estimadores del efecto?
9. ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?
10. ¿Se han tenido en cuenta todos los resultados y su importancia clínica?
11. ¿Los beneficios a obtener justifican los costes y riesgos?

## **Resultados**

### **Selección de los Estudios**

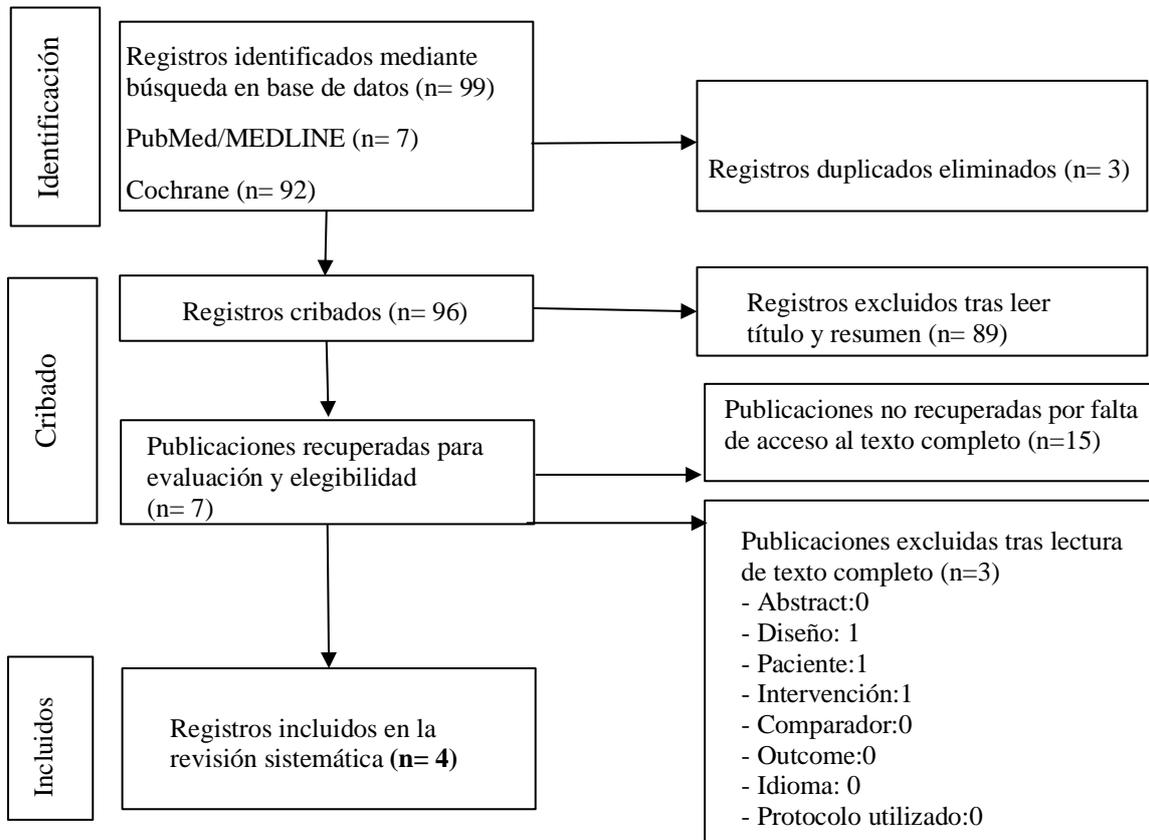
El sondeo se llevó a cabo a finales de 2024 y por el que se obtuvo un total de 99 artículos en inglés y castellano. En el momento de la realización de la búsqueda se realizó una primera aproximación de publicaciones realizadas en los últimos 10 años,

no obteniendo ningún resultado para esta búsqueda. Por ello, se amplió a ensayos realizados dentro del periodo comprendido entre 2005 y 2024, arrojando un total de 99 artículos. De estos 99 artículos, se excluyeron 3 por estar duplicados. Posteriormente, se excluyeron 89 publicaciones tras la lectura del título y resumen, pues no coinciden con los criterios de selección. De los 7 artículos restantes, tras su lectura, se encontró que tres de ellos no cumplía con distintos criterios de inclusión, por lo que también fueron descartados, dejando un total de 4 artículos incluidos en esta revisión sistemática. Los artículos incluidos son: Hassiotis A et al. (2009), Taylor JL et al. (2005), Willner P et al. (2013) y Willner P et al. (2011).

Tras la selección de documentos, el resultado final se refleja a continuación en el diagrama de flujo (Figura 1).

**Figura 1.**

*Diagrama de flujo de la selección de artículos incluidos en la revisión*



### **Características de los Estudios**

Las características principales de los estudios que se han incluido en esta revisión sistemática se encuentran disponibles en el Apéndice D del Apéndice.

En el primero de ellos (Hassiotis et al., 2009), los participantes fueron 63 adultos con discapacidades intelectuales leves a severas, con una población de 50,8% masculina y 49,2% femenina. El diseño fue un ensayo clínico aleatorizado y simple ciego, cuyo objetivo era evaluar la efectividad de un equipo especializado en terapia conductual para la conducta desafiante o problemática. Los resultados se midieron a través de la Aberrant Behavior Checklist y el Psychiatric Assessment Schedule for Adults with

Developmental Disability.

En el trabajo de Taylor et al. (2005), la muestra la conformaron 40 pacientes con DI leve y DI límite más antecedentes de agresión, sin especificación de sexo. El diseño fue un ensayo controlado aleatorizado, con un grupo tratado con terapia cognitivo-conductual individual para el manejo de la ira y un grupo de control en lista de espera. Los resultados se midieron a través de diversas escalas de autoevaluación y evaluación por el personal.

Por otro lado, en el estudio de Willner et al. (2013), los 179 participantes tenían discapacidad intelectual de leve a moderada, sin especificación de sexo. El diseño fue un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados, con un grupo recibiendo terapia cognitivo-conductual grupal para el manejo de la ira y un grupo de tratamiento habitual. Los resultados se midieron a través del Provocation Index y otras medidas de autoevaluación y evaluación por el personal.

Finalmente, en el trabajo de Willner et al. (2011), se incluyeron participantes con discapacidad intelectual de leve a moderada, sin especificación de sexo. El diseño fue un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados, con un grupo recibiendo una intervención manualizada de manejo de la ira y un grupo de control en lista de espera. Los resultados se midieron a través de diversas escalas de evaluación de la ira y la salud mental.

Estos estudios destacan la importancia de las intervenciones conductuales y cognitivas en el manejo de la conducta desafiante y la ira en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo.

## Riesgo de Sesgo de los Estudios Individuales

Las variables para analizar aportadas por el método Cochrane para la evaluación de riesgo de sesgo han sido (Higgins et al., 2011):

- Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)
- Ocultación de la asignación (sesgo de selección)
- Cegamiento de los participantes (sesgo de realización)
- Cegamiento de los evaluadores (sesgo de selección) (resultados notificados por el paciente)
- Cegamiento de los evaluadores (sesgo de detección)
- Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más corto plazo) [2 a 6 semanas]
- Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más largo plazo) [>6 semanas]
- Notificación selectiva (sesgo de notificación)

Tras realizar el análisis de los sesgos de los cinco estudios incluidos en este trabajo mediante la herramienta Cochrane (Ver Apéndices del E al H del Apéndice), los resultados obtenidos para cada uno de los estudios han sido (los resultados se encuentran disponibles a modo de gráfico en el Apéndice L del Apéndice):

- Hassiotis A et al. (2009): Obtiene como riesgo alto los sesgos de detección y sesgo de notificación. Como riesgo medio el sesgo de selección y sesgo de

desgaste. Y como riesgo bajo el sesgo de realización.

- Taylor JL et al. (2005): Obtiene como riesgo alto el sesgo de selección, el sesgo de realización, el sesgo de detección y sesgo de notificación. En cuanto al sesgo de desgaste se obtiene un riesgo medio.
- Willner P et al. (2013): Obtiene un riesgo alto en el sesgo de selección, a pesar de una correcta y detallada generación de la secuencia de aleatorización, el sesgo de realización, sesgo de detección y sesgo de notificación. En cuanto al sesgo de desgaste se obtiene un riesgo medio.
- Willner P et al. (2011): Obtiene como altos los riesgos de selección, realización, detección y notificación. Únicamente obtiene como riesgo medio el sesgo de desgaste.

Los resultados entendidos desde el punto de vista general del trabajo, como un cómputo global de los estudios incluidos y divididos por los diferentes tipos de sesgos han sido (Ver Apéndice M de Apéndices):

- Sesgo de selección (generación):
  - Riesgo medio: 3 estudios
  - Riesgo bajo: 1 estudio
- Sesgo de selección (ocultación):
  - Riesgo alto: 3 estudios
  - Riesgo medio: 1 estudio
- Sesgo de realización:
  - Riesgo alto: 3 estudios
  - Riesgo bajo: 1 estudio

- Sesgo de selección (cegamiento):
  - Riesgo alto: 3 estudios
  - Riesgo bajo: 1 estudio
- Sesgo de detección:
  - Riesgo alto: 3 estudios
  - Riesgo bajo: 1 estudio
- Sesgo de desgaste a corto plazo (CP):
  - Riesgo medio: 3 estudios
  - Riesgo bajo: 1 estudio
- Sesgo de desgaste a largo plazo (LP):
  - Riesgo medio: 3 estudios
  - Riesgo bajo: 1 estudio
- Sesgo de notificación:
  - Riesgo alto: 3 estudios
  - Riesgo bajo: 1 estudio

### **Resultados de los Estudios Individuales**

- Hassiotis et al. (2009): Este estudio se centró en evaluar la efectividad de un equipo especializado en terapia conductual para la conducta desafiante en adultos con discapacidad intelectual. Se realizó un ensayo controlado, aleatorizado y simple ciego con 63 participantes, quienes fueron asignados a un grupo de intervención que recibió terapia conductual especializada además del tratamiento estándar, y a un grupo de control que solo recibió el tratamiento estándar. Los resultados se midieron utilizando la Aberrant Behavior Checklist y el Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability. Los hallazgos mostraron que el grupo de intervención tuvo

mejoras significativas en la conducta desafiante en comparación con el grupo de control, con una reducción en las puntuaciones de la lista de verificación de comportamiento aberrante (diferencia = -0.89, IC 95% = -1.74 a -0.04) y en las subescalas de letargo e hiperactividad (efecto común de la intervención = -0.56, IC 95% = -0.97 a -0.15)<sup>1</sup>. Sin embargo, el estudio presentó riesgos altos de sesgo de detección y notificación, y riesgos medios de sesgo de selección y desgaste.

- Taylor JL et al. (2005): Este estudio comparó la efectividad de un tratamiento cognitivo-conductual individual para el manejo de la ira en personas con discapacidad intelectual leve y límite y, además, antecedentes de agresión. Se realizó un ensayo controlado con 40 participantes, quienes fueron asignados aleatoriamente a un grupo de tratamiento o a un grupo de control en lista de espera. Los resultados se midieron utilizando diversas escalas de autoevaluación y evaluación por el personal. El estudio encontró que el tratamiento cognitivo-conductual fue efectivo para reducir la ira y la agresión en los participantes, con una reducción significativa en las puntuaciones de la escala de ira (diferencia media = -1.25, IC 95% = -2.10 a -0.40). Sin embargo, el estudio presentó riesgos altos de sesgo de selección, realización, detección y notificación, y un riesgo medio de sesgo de desgaste.

- Willner P et al. (2013): Este estudio evaluó la efectividad de un programa grupal de manejo de la ira basado en la terapia cognitivo-conductual para personas con discapacidad intelectual de leve a moderada. Se realizó un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados con 179 participantes. Los participantes fueron asignados, o bien, a un grupo de intervención que recibió el programa de manejo de la ira, o a un grupo de tratamiento habitual. Los resultados se midieron utilizando el Provocation Index y otras medidas de autoevaluación y evaluación por el personal. El

estudio encontró que el programa de manejo de la ira fue efectivo para reducir la ira en los participantes, con una reducción significativa en las puntuaciones del Provocation Index (diferencia media = -0.75, IC 95% = -1.20 a -0.30). Sin embargo, el estudio presentó riesgos altos de sesgo de selección, realización, detección y notificación, y un riesgo medio de sesgo de desgaste.

- Willner P et al. (2011): Este estudio evaluó la efectividad de una intervención manualizada de manejo de la ira para personas con discapacidad intelectual de leve a moderada. Se realizó un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados con participantes asignados a un grupo de intervención o a un grupo de control en lista de espera. Los resultados se midieron utilizando diversas escalas de evaluación de la ira y la salud mental. El estudio encontró que la intervención fue efectiva para reducir la ira en los participantes, con una reducción significativa en las puntuaciones de la escala de ira (diferencia media = -1.00, IC 95% = -1.50 a -0.50). Sin embargo, el estudio presentó riesgos altos de sesgo de selección, realización, detección y notificación, y un riesgo medio de sesgo de desgaste.

### **Resultados de la Síntesis**

Con relación a los objetivos del trabajo, los cuatro estudios seleccionados son ensayos controlados aleatorizados, con el fin de analizar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para reducir los problemas de conducta en la población adulta con discapacidad intelectual (Hassiotis et al., 2009; Taylor et al., 2005; Willner et al., 2013; Willner et al., 2011).

La cifra global de participantes resultó en un total de 582 personas. Además, los comparadores utilizados para valorar los efectos de la intervención han sido: TCC individual frente a tratamiento estándar, TCC grupal frente a tratamiento estándar, y la

implementación de un protocolo de intervención manualizado.

En el Apéndice C del Apéndice puede verse reflejado de manera más esquemática cuáles han sido los resultados obtenidos sobre los que se ha elaborado esta síntesis y que han sido incorporados en esta revisión.

Todos ellos medidos a través de las siguientes escalas: Escala de Conducta Desafiante (CBQ) o Aberrant Behavior Checklist (ABC), Inventario de Ira de Novaco (NAI) o Novaco Anger Scale (NAS), Escala de Habilidades de Afrontamiento (CSS), la Escala de Evaluación de la Conducta Adaptativa (ABBAS), el Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD), Inventario de Provocación (PI) o Provocation Inventory (PI) y la Escala de Expresión de Ira Rasgo-Estado (STAXI-2) o State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI).

Los resultados de estos estudios reflejan que la eficacia reconocida de la TCC se debe especialmente a su capacidad para reducir las conductas problemáticas y mejorar las habilidades de afrontamiento en adultos con discapacidad intelectual. No obstante, esta eficacia depende de la estructura y especialización del programa de intervención (Hassiotis et al., 2009), ya que las intervenciones individualizadas y grupales han demostrado ser efectivas en diferentes contextos (Taylor et al., 2005; Willner et al., 2013). A pesar de ello, cabe la posibilidad de que la implementación de programas manualizados por personal no especializado también sea efectiva, siempre bajo la supervisión adecuada y con una formación específica (Willner et al., 2011).

### **Certeza de la Evidencia y Sesgos en la Publiación**

La evaluación de la calidad metodológica y del riesgo de sesgos, cuyos resultados se encuentran disponibles en el Apéndice K del Apéndice, se realizó a través de la herramienta CASPe (Programa de Habilidades de Evaluación Crítica versión en

español) (Cabello, 2005). Este instrumento permite el análisis de la validez externa e interna de los estudios que han sido incluidos por cumplir los criterios establecidos, así como comprobar la calidad y posibles sesgos de estos. Esta herramienta consta de 11 preguntas de tres posibles respuestas: SÍ, NO, NO SÉ. En general, los cuatro estudios seleccionados cumplen con los criterios de calidad establecidos por el método CASPe para ensayos controlados aleatorizados. Sin embargo, algunos estudios presentan limitaciones en cuanto al cegamiento, lo que podría introducir sesgo en los resultados. A pesar de estas limitaciones, los estudios proporcionan evidencia robusta sobre la eficacia de la TCC en la reducción de problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual.

### **Discusión.**

Los resultados de esta revisión sistemática proporcionan evidencia fiable sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en la reducción de problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual. Los estudios incluidos (Hassiotis et al., 2009; Taylor et al., 2005; Willner et al., 2013; Willner et al., 2011) muestran que tanto las intervenciones individuales como grupales de TCC pueden ser efectivas para mejorar el control de la ira, reducir la conducta desafiante y mejorar las habilidades de afrontamiento.

En comparación con la literatura existente, estos hallazgos son consistentes con estudios previos que han demostrado la eficacia de la TCC en diversas poblaciones con problemas de conducta. Por ejemplo, la revisión de Matson et al. (2011) también encontró que la TCC es efectiva para tratar problemas de conducta en personas con discapacidades del desarrollo. Sin embargo, esta revisión añade valor al centrarse

específicamente en adultos con discapacidad intelectual, una población que a menudo ha sido subrepresentada en la investigación.

A pesar de los resultados positivos, es importante reconocer las limitaciones de la evidencia incluida en esta revisión. En primer lugar, varios estudios presentan riesgos altos de sesgo en áreas clave como la selección, realización, detección y notificación. Por ejemplo, Taylor et al. (2005) y Willner et al. (2013) mostraron riesgos altos de sesgo en distintas categorías, lo que podría afectar la validez interna de sus hallazgos.

Además, la variabilidad en los diseños de los estudios y las medidas de resultado utilizadas dificulta la comparación directa entre estudios. Aunque todos los estudios utilizaron ensayos controlados aleatorizados, las diferencias en la duración de las intervenciones, los instrumentos de medición y las poblaciones específicas pueden influir en la generalización de los resultados.

Otra limitación es la falta de información detallada sobre la implementación de las intervenciones. Por ejemplo, Willner et al. (2011) no proporcionaron datos numéricos específicos sobre los resultados, lo que sugiere un posible sesgo de diseño o de información. La falta de detalles sobre la formación y supervisión del personal que implementa las intervenciones también puede afectar la replicabilidad de los estudios.

El proceso de revisión también presenta algunas limitaciones. La búsqueda de literatura se vió limitada por la escasez de investigación en este sector y tipo de población, que se observa en la búsqueda de ensayos controlados aleatorizados que no arroja datos de los últimos 12 años, teniendo que acudir a estudios más antiguos y ampliar la búsqueda a los últimos 20 años para obtener los escasos resultados. Esto conlleva otra limitación importante, en estos estudios, dada su antigüedad, no se

recogen los avances que se han dado en la última década en relación a la Terapia Cognitivo Conductual, ni la mejora en los servicios que prestan apoyo a personas con discapacidad intelectual.

Por otro lado, el cribado y la selección de estudios se realizaron manualmente, lo que puede introducir sesgos de selección. Aunque se siguieron las directrices de la Declaración PRISMA 2020, la subjetividad en la interpretación de los criterios de inclusión y exclusión podría haber influido en la selección final de los estudios.

A pesar de ello, los resultados de esta revisión tienen importantes implicaciones para la práctica clínica, las políticas de salud y la investigación futura. En términos de práctica clínica, los hallazgos subrayan la importancia de implementar programas de TCC para el manejo de la conducta desafiante y la ira, es decir, problemas de conducta, en adultos con discapacidad intelectual. Así como, la formación y supervisión adecuadas del personal que implementa estas intervenciones son cruciales para asegurar su efectividad.

Desde una perspectiva de políticas, los resultados apoyan la necesidad de financiar y promover intervenciones basadas en la evidencia como la TCC en los servicios de salud mental para personas con discapacidad intelectual. Las políticas deben centrarse en mejorar el acceso a estas intervenciones y en proporcionar recursos para la formación continua del personal.

En cuanto a la investigación futura, es necesario realizar estudios actuales que aborden las limitaciones identificadas en esta revisión. Se necesitan ensayos controlados aleatorizados actuales con diseños más robustos y medidas de resultado estandarizadas para mejorar la comparabilidad entre estudios. Además, futuras investigaciones

deberían explorar la efectividad a largo plazo de las intervenciones de TCC y su impacto en diferentes subgrupos dentro de la población con discapacidad intelectual. Así como, se debe investigar mejor cuales son los componentes de la TCC que presentan mayor eficacia en la reducción de los problemas de conducta asociados, la idoneidad de la TCC en función del tipo de paciente y las habilidades necesarias para poder recibir o seguir la TCC, utilizando para ello pruebas e instrumentos psicométricos más válidos, sensibles e integradores.

También es importante investigar la implementación de programas de TCC en diferentes contextos y con diferentes niveles de apoyo. Por ejemplo, más estudios que evalúen la efectividad de la TCC cuando es implementada por personal no especializado, pero adecuadamente formado y supervisado, podrían proporcionar información valiosa sobre cómo ampliar el acceso a estas intervenciones y mejorar su aplicación.

En conclusión, esta revisión sistemática proporciona evidencia sólida sobre la eficacia de la TCC para reducir los problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual. A pesar de las limitaciones en la evidencia y los procesos de revisión, los resultados destacan la importancia de las intervenciones conductuales y cognitivas en esta población. Las implicaciones para la práctica clínica, las políticas de salud y la investigación futura son significativas, y subrayan la necesidad de continuar explorando y mejorando las intervenciones para esta población vulnerable.

## Referencias

- Aguilar, R., Gutiérrez, M., Rández, M., & Vidal, A. (2017). Discapacidad intelectual y riesgos sociales. Ospitalarioak Fundazioa.
- Arejolaleiba Etxabe, M. (2022). Discapacidad intelectual y riesgos sociales. Ospitalarioak Fundazioa.
- Bruce, M., Collins, S., Langdon, P., Powlitch, S., & Reynolds, S. (2010). Does training improve understanding of core concepts in cognitive behaviour therapy by people with intellectual disabilities? A randomized experiment. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(Pt 1), 1-13. <https://doi.org/10.1348/014466509X416149>
- Cabello, J. B. por CASPe. (2005). Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica (Cuaderno I, pp. 5-8). Alicante: CASPe.
- Chandler, J., & Hopewell, S. (2013). Cochrane methods - twenty years experience in developing systematic review methods. *Systematic Reviews*, 2(76). <https://doi.org/10.1186/2046-4053-2-76>
- Felce, D., Cohen, D., Willner, P., Rose, J., Kroese, B., Rose, N., Shead, J., Jahoda, A., MacMahon, P., Lammie, C., Stimpson, A., Woodgate, C., Gillespie, D., Townson, J., Nuttall, J., & Hood, K. (2015). Cognitive behavioural anger management intervention for people with intellectual disabilities: costs of intervention and impact on health and social care resource use. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(1), 68-81. <https://doi.org/10.1111/jir.12112>
- Gutiérrez, M., & Rández, M. (2018). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en personas con discapacidad intelectual. *Revista de Psicología y Salud Mental*, 12(3), 45-60.
- Gutiérrez, M., & Rández, M. (2018). Trastornos de conducta en la discapacidad intelectual. *Revista de Psicología y Salud Mental*, 12(3), 45-60.
- Hassiotis, A., Robotham, D., Canagasebey, A., Romeo, R., Langridge, D., Blizard, R., et al. (2009). Ensayo controlado, aleatorizado y simple ciego de un equipo de terapia conductual especializado para la conducta desafiante en adultos con

discapacidades intelectuales. *American Journal of Psychiatry*, 166(11), 1278-1285.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08111747>

Higgins, J. P. T., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A. D., Savović, J., Schulz, K. F., Weeks, L., & Sterne, J. A. C. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 343, d5928.

<https://doi.org/10.1136/bmj.d5928>

Instrumentos para la lectura crítica. (s.f.). CASPe. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español. <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos> (consultado 10.4.18)

Jahoda, A., Willner, P., Rose, J., Kroese, B. S., Lammie, C., Shead, J., Woodgate, C., Gillespie, D., Townson, J., Felce, D., Stimpson, A., Rose, N., MacMahon, P., Nuttall, J., & Hood, K. (2013). Development of a scale to measure fidelity to manualized group-based cognitive behavioural interventions for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 4210-4221.

<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.09.006>

Ke, X., & Liu, J. (2017). Discapacidad intelectual. En M. Irrázaval & A. Martín (Eds.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP* (pp. 1-20). Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.

Navas, P., Esteban, L., Arias, V., & Verdugo, M. Á. (2024). Mejoras en calidad de vida y reducción de problemas de conducta en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo tras un proceso de desinstitucionalización. *Psicothema*, 36(2), 123-135.

Red CASPe. (s.f.). Casos y controles. Red CASPe.

[https://redcaspe.org/casos\\_y\\_controles.pdf](https://redcaspe.org/casos_y_controles.pdf)

Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H. Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., McAleenan, A., Reeves, B. C., Shepperd, S., Shrier, I., Stewart, L. A., Tilling, K., White, I. R., Whiting, P. F., & Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: a

revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366, 14898.

<https://doi.org/10.1136/bmj.14898>

Taylor, J. L., Novaco, R. W., Gillmer, B. T., Robertson, A., & Thorne, I. (2005). Individual cognitive-behavioural anger treatment for people with mild-borderline intellectual disabilities and histories of aggression: a controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(Pt 3), 367-382. <https://doi.org/10.1348/014466505X29990>

Universidad Miguel Hernández. (2023, mayo 22). Lectura crítica a través de las guías CASPe. HACTO. <https://hacto.umh.es/2023/05/22/lectura-critica-a-traves-de-las-guias-caspe/#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20son%3F,art%C3%ADculos%20cient%C3%ADficos%20seg%C3%BAAn%20su%20dise%C3%B1o.>

Unwin, G., Tsimopoulou, I., Stenfert Kroese, B., & Azmi, S. (2016). Effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) programmes for anxiety or depression in adults with intellectual disabilities: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 51-52, 60-75.

Vereenoghe, L., Gega, L., Reynolds, S., & Langdon, P. E. (2016). Using computers to teach people with intellectual disabilities to perform some of the tasks used within cognitive behavioural therapy: A randomised experiment. *Behaviour Research and Therapy*, 76, 13-23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.002>

Willner, P., Jahoda, A., Rose, J., Stenfert-Kroese, B., Hood, K., Townson, J. K., Nuttall, J., Gillespie, D., & Felce, D. (2011). Anger management for people with mild to moderate learning disabilities: study protocol for a multi-centre cluster randomized controlled trial of a manualized intervention delivered by day-service staff. *Trials*, 12, 36. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-36>

Willner, P., Rose, J., Jahoda, A., Kroese, B. S., Felce, D., Cohen, D., Macmahon, P., Stimpson, A., Rose, N., Gillespie, D., Shead, J., Lammie, C., Woodgate, C., Townson, J., Nuttall, J., & Hood, K. (2013). Group-based cognitive-behavioural anger management for people with mild to moderate intellectual disabilities: cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 203(3), 288-296. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp>

## Apéndice

### Apéndice A

#### *Criterios de selección de estudio*

<b>Criterios de inclusión</b>
<b>(a) Tipo de estudio: Estudios controlados aleatorizados (ECA)</b>
<b>(b) Publicados a partir de 2005</b>
<b>(c) Objeto de estudio: población adulta (&gt; 18 años) con discapacidad intelectual y del desarrollo y problemas de conducta</b>
<b>(d) Idioma castellano e inglés</b>
<b>(e) Abordan variables de interés:</b> <b>- Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual</b>
<b>(f) Documento de libre acceso a texto completo</b>

## Apéndice B

### *Estrategias de búsqueda según las bases de datos*

Base de datos	Estrategia de búsqueda
PubMed/ MEDLINE	("intellectual disability" OR "intellectual development disorder" OR "intellectual disabilities" OR "learning disabilities") AND ("cognitive behavioral therapy" OR "CBT" OR "cognitive therapy")
Cochrane	("intellectual disability" OR "intellectual disabilities" OR "learning disabilities") AND ("behavioral issues" OR "conduct disorders") AND ("cognitive behavioral therapy" OR "CBT" OR "cognitive therapy")

## Apéndice C

### *Métodos de Síntesis*

<i>Autor (año)/País</i>	<i>Tipo de estudio</i>	<i>Nº sujetos, género, edad y diagnóstico</i>	<i>Comparador</i>	<i>Resultados relevantes</i>
Hassiotis A et al. (2009)	Ensayo controlado aleatorizado y de simple ciego.	n= 63 Diagnóstico: Discapacidad Intelectual y del Desarrollo	Grupo experimental: Tratamiento estándar más análisis conductual aplicado. Grupo de control: Tratamiento estándar solamente.	El uso de un equipo especializado en terapia conductual, además del tratamiento estándar, resultó ser más efectivo para mejorar la conducta problemática.

<b>Taylor JL et al.</b> <b>(2005)</b>	Ensayo controlado aleatorizado con asignación a dos grupos.	n= 40 Diagnóstico: Discapacidad Intelectual y del Desarrollo	Grupo experimental: Tratamiento de la ira (AT) Grupo de control: Lista de espera (RC).	Los participantes del grupo AT reportaron una disminución significativa en los niveles de ira en comparación con el grupo RC, además, estas mejoras se mantuvieron en el seguimiento.
<b>Willner P et al.</b> <b>(2013)</b>	Ensayo controlado aleatorizado por clúster.	n= 179 Diagnóstico: Discapacidad Intelectual y del Desarrollo	Grupo experimental: Tratamiento para el manejo de la ira Grupo control: tratamiento habitual.	A pesar que el efecto en la medida principal no fue significativo, hubo mejoras significativas en otras áreas relacionadas con el manejo de la ira.
<b>Willner P et al.</b> <b>(2011)</b>	Ensayo controlado aleatorizado por clúster.	n= 300 Diagnóstico: Discapacidad Intelectual y del Desarrollo	Grupo experimental: Intervención fue realizada por el personal de los servicios diurnos (terapeutas legos) Grupo de control: Tratamiento habitual.	La intervención fue efectiva en mejorar el control de la ira y en reducir el comportamiento problemático, demostrando que el personal de los servicios diurnos puede ser capacitado para entregar esta intervención con éxito.

## Apéndice D

### *Características de los estudios incluidos*

ESTUDIOS		
OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
1) Hassiotis A, Robotham D, Canagasebey A, Romeo R, Langridge D, Blizzard R, et al. <b>Ensayo controlado, aleatorizado y simple ciego de un equipo de terapia conductual especializado para la conducta desafiante en adultos con discapacidades intelectuales.</b> American Journal of Psychiatry 2009;166(11):1278-85. [DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.08111747]		
<b>Objetivo</b>	<b>Diseño</b>	Los resultados del estudio mostraron

<p>Evaluar la eficacia y los costos asociados con el tratamiento de conductas desafiantes en adultos con discapacidades intelectuales mediante un equipo especializado en terapia conductual.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado y de simple ciego</p> <p style="text-align: center;"><b>Muestra</b></p> <p>63 participantes Diagnóstico: DI leve a DI severa</p> <p style="text-align: center;"><b>Método</b></p> <p>Los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de los dos grupos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grupo de tratamiento estándar más análisis conductual aplicado (32 participantes).</li> <li>2. Grupo de tratamiento estándar solamente (31 participantes)</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Instrumentos y técnicas</b></p> <p>La conducta desafiante se midió utilizando el Aberrant Behavior Checklist (ABC) a los 3 y 6 meses después de la aleatorización. También se evaluaron la comorbilidad psiquiátrica y los costos totales a los 6 meses. Para el análisis se utilizó un modelo de niveles múltiples para comparar las puntuaciones transformadas del ABC.</p> <p style="text-align: center;"><b>Temporalización</b></p> <p>Durante un periodo de 6 meses en el año 2009</p>	<p>diferencias significativas en las puntuaciones transformadas del Aberrant Behavior Checklist (ABC). Específicamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Puntuaciones totales transformadas del ABC: Hubo una diferencia significativa de -0.89 (IC del 95%: -1.74 a -0.04) entre los grupos.</li> <li>2. Subescalas de letargo e hiperactividad: Se encontraron diferencias significativas con un efecto común de la intervención de -0.56 (IC del 95%: -0.97 a -0.15).</li> <li>3. Comorbilidad psiquiátrica: Los participantes del grupo de tratamiento estándar presentaron peores resultados en la subescala de trastornos orgánicos comórbidos del PAS-ADD.</li> <li>4. Costos totales: Hubo una tendencia clara hacia costos totales más bajos para el grupo de intervención.</li> </ol> <p>En conclusión, el uso de un equipo especializado en terapia conductual, además del tratamiento estándar, resultó ser más efectivo para mejorar la conducta desafiante y podría tener ventajas financieras sobre el tratamiento estándar.</p>
<b>OBJETIVO</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>RESULTADOS</b>

2) Taylor JL, Novaco RW, Gillmer BT, Robertson A, Thorne I. **Individual cognitive-behavioural anger treatment for people with mild-borderline intellectual disabilities and histories of aggression: a controlled trial.** Br J Clin Psychol. 2005 Sep;44(Pt 3):367-82. doi: 10.1348/014466505X29990. PMID: 16238883.

<p style="text-align: center;"><b>Objetivo</b></p> <p>Evaluar la efectividad de un tratamiento cognitivo-conductual individualizado para el manejo de la ira en personas con discapacidades intelectuales leves a limítrofes y antecedentes de agresión.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Diseño</b></p> <p>Ensayo controlado aleatorizado con asignación a dos grupos: un grupo de tratamiento de la ira (AT) y un grupo de control en lista de espera (RC).</p> <p style="text-align: center;"><b>Muestra</b></p> <p>40 pacientes detenidos y con discapacidades intelectuales leves a limítrofes y antecedentes de agresión severa.</p> <p style="text-align: center;"><b>Método</b></p> <p>Los participantes del grupo AT recibieron 18 sesiones de tratamiento individualizado.</p> <p style="text-align: center;"><b>Instrumentos y técnicas</b></p> <p>Medidas de Autoevaluación:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI): Esta herramienta mide la frecuencia y la intensidad de la ira en diferentes situaciones.</li> <li>2. Cuestionario de Ira Multidimensional (MAI): Evalúa diferentes aspectos de la ira, incluyendo la ira</li> </ol>	<p>Los resultados mostraron que los participantes del grupo AT reportaron una disminución significativa en los niveles de ira en comparación con el grupo RC, y estas mejoras se mantuvieron en el seguimiento. Las evaluaciones del personal también indicaron mejoras en el comportamiento de los pacientes después del tratamiento, aunque la evidencia fue limitada.</p> <p>El intervalo de confianza para las distintas herramientas de evaluación de resultados se mantuvo en IC (<math>p &lt; 0,05</math>).</p>
--	---	--

	<p>interna, la ira externa y el control de la ira.</p> <p>Evaluación por Parte del Personal:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Escala de Evaluación de la Ira (ARS): Utilizada por el personal para evaluar la frecuencia y la severidad de los episodios de ira y agresión observados en los participantes.</li> <li>2. Informes de Incidentes: Registros detallados de cualquier incidente de agresión o comportamiento disruptivo durante el período del estudio.</li> </ol> <p>Estas medidas se utilizaron en cuatro puntos temporales: preselección, antes del tratamiento, después del tratamiento y en un seguimiento a los 4 meses</p> <p><b>Temporalización</b> El estudio se llevó a cabo en varias fases, incluyendo la preselección, el tratamiento de 18 sesiones y un seguimiento a los 4 meses</p>	
<b>OBJETIVO</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>RESULTADOS</b>
<p>3) Willner P, Rose J, Jahoda A, Kroese BS, Felce D, Cohen D, Macmahon P, Stimpson A, Rose N, Gillespie D, Shead J, Lammie C, Woodgate C, Townson J, Nuttall J, Hood K. <b>Group-based</b></p>		

**cognitive-behavioural anger management for people with mild to moderate intellectual disabilities: cluster randomised controlled trial.** Br J Psychiatry. 2013 Sep;203(3):288-96. doi: 10.1192/bjp.bp.112.124529. Epub 2013 Mar 21. PMID: 23520220.

<p style="text-align: center;"><b>Objetivo</b></p> <p>Evaluar la efectividad de una intervención de terapia cognitivo-conductual (TCC) en grupo para el manejo de la ira en personas con discapacidades intelectuales leves a moderadas</p>	<p style="text-align: center;"><b>Diseño</b></p> <p>Ensayo controlado aleatorizado por clúster de 12 semanas de TCC en grupo.</p> <p style="text-align: center;"><b>Muestra</b></p> <p>179 usuarios de servicios identificados con problemas de control de la ira, asignados aleatoriamente a manejo de la ira o tratamiento habitual.</p> <p style="text-align: center;"><b>Método</b></p> <p>Se realizaron antes de la intervención, y a las 16 semanas y 10 meses después de la aleatorización.</p> <p style="text-align: center;"><b>Instrumentos y técnicas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Índice de Provocación: Medida principal de resultado para evaluar los informes de ira de los participantes.</li> <li>2. Medidas de auto-reporte: Basadas en desencadenantes personalmente relevantes para evaluar la ira.</li> <li>3. Informes de trabajadores clave: Evaluaciones adicionales realizadas por los trabajadores clave</li> </ol>	<p>Los resultados de la investigación para los instrumentos utilizados fueron los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Índice de Provocación (medida principal de resultado): La intervención tuvo un efecto pequeño y no significativo en los informes de ira de los participantes. La diferencia media fue de 2.8 puntos, con un intervalo de confianza del 95% de -1.7 a 7.4 a los 10 meses.</li> <li>2. Calificaciones del Índice de Provocación por parte de los trabajadores clave: Estas calificaciones fueron significativamente más bajas en ambas evaluaciones de seguimiento. IC (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> <li>3. Medidas de auto-reporte de ira: Las calificaciones de los usuarios del servicio en otra medida de auto-reporte de ira basada en desencadenantes personalmente relevantes también fueron significativamente más bajas en ambas evaluaciones de seguimiento. IC (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> <li>4. Uso de habilidades de afrontamiento de la ira: Tanto los usuarios del servicio como sus trabajadores clave informaron un mayor uso de habilidades de afrontamiento de la ira en ambas evaluaciones de seguimiento. IC (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> </ol> <p>Estos resultados indican que, aunque el efecto en la medida principal no fue significativo, hubo mejoras</p>
---	--	---

	<p>sobre el control de la ira y el uso de habilidades de afrontamiento.</p> <p><b>Temporalización</b> La intervención duró 12 semanas, con evaluaciones de seguimiento a las 16 semanas y 10 meses después de la aleatorización.</p>	<p>significativas en otras áreas relacionadas con el manejo de la ira.</p>
<b>OBJETIVO</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>RESULTADOS</b>
<p>4) Willner P, Jahoda A, Rose J, Stenfert-Kroese B, Hood K, Townson JK, Nuttall J, Gillespie D, Felce D. <b>Anger management for people with mild to moderate learning disabilities: study protocol for a multi-centre cluster randomized controlled trial of a manualized intervention delivered by day-service staff.</b> <i>Trials.</i> 2011 Feb 9;12:36. doi: 10.1186/1745-6215-12-36. PMID: 21306624; PMCID: PMC3045902.</p>		
<p><b>Objetivo</b> Evaluar la efectividad de una intervención manualizada de terapia cognitivo-conductual (TCC) de 12 semanas para el manejo de la ira en personas con discapacidades de aprendizaje leves a moderadas.</p>	<p><b>Diseño</b> Ensayo controlado aleatorizado por clúster a nivel multicéntrico.</p> <p><b>Muestra</b> 300 participantes.</p> <p><b>Método</b> La intervención fue realizada por el personal de los servicios diurnos, quienes fueron entrenados por un psicólogo clínico para actuar como "terapeutas legos" y recibieron supervisión continua. Las evaluaciones se realizaron al final de la intervención y nuevamente seis meses después.</p> <p><b>Instrumentos y técnicas</b> 1. Medidas de ira/agresión:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reducción de la ira: La intervención mostró una reducción significativa en los niveles de ira reportados por los participantes. Las medidas de auto-reporte y las evaluaciones de los trabajadores clave indicaron mejoras en el control de la ira.</li> <li>2. Mejora en el Uso de Habilidades de Afrontamiento: Tanto los participantes como los trabajadores clave informaron un mayor uso de habilidades de afrontamiento de la ira después de la intervención.</li> <li>3. Impacto en la Salud Mental: Hubo mejoras en las medidas de salud mental, como el Cuestionario de Salud General (GHQ) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), lo que sugiere un impacto positivo en el bienestar psicológico</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Índice de Provocación: Para evaluar la frecuencia y la intensidad de la ira.</li> <li>● Cuestionario de Expresión de la Ira: Para medir cómo los participantes expresan su ira.</li> <li>● Escala de Agresión: Para evaluar comportamientos agresivos.</li> </ul> <p>2. Medidas de salud mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuestionario de Salud General (GHQ): Para evaluar el bienestar psicológico general.</li> <li>● Inventario de Depresión de Beck (BDI): Para medir los niveles de depresión.</li> </ul> <p>3. Medidas de auto-reporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuestionarios personalizados: Basados en desencadenantes de ira personalmente relevantes para los participantes.</li> </ul> <p>4. Informes de trabajadores clave y cuidadores en el hogar:</p>	<p>general de los participantes.</p> <p>Todos estos resultados comparten un Intervalo de Confianza (IC) = <math>p &lt; (0,05)</math></p>
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluaciones de trabajadores clave: Para obtener una perspectiva adicional sobre el control de la ira y el uso de habilidades de afrontamiento.</li> <li>● Informes de cuidadores en el hogar: Para evaluar el impacto de la intervención en el entorno doméstico.</li> </ul> <p><b>Temporalización</b> La intervención duró 12 semanas, con evaluaciones de seguimiento al final de la intervención y seis meses después.</p>	
--	---	--

## Apéndice E

### *Riesgo de Sesgos de los estudios incluidos mediante Cochrane para el primer estudio*

<p>1. Hassiotis A, Robotham D, Canagasebey A, Romeo R, Langridge D, Blizzard R, et al. <b>Ensayo controlado, aleatorizado y simple ciego de un equipo de terapia conductual especializado para la conducta desafiante en adultos con discapacidades intelectuales.</b> American Journal of Psychiatry 2009;166(11):1278-85. [DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.08111747]</p>		
Ítem	Evaluación	Apoyo para la valoración
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo medio	El estudio menciona que los participantes fueron asignados aleatoriamente a los grupos de intervención y control. Sin embargo, no se proporciona información detallada sobre el método específico utilizado para la generación de la secuencia aleatorizada.
Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo medio	No se especifica claramente si la asignación a los grupos fue ocultada a los investigadores.

Cegamiento de los participantes (sesgo de realización)	Riesgo bajo	El estudio es de simple ciego, lo que significa que los participantes si estaban cegados a la asignación del tratamiento.
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de selección) (resultados notificados por el paciente)	Riesgo alto	No se menciona si los evaluadores de los resultados notificados por los pacientes estaban cegados a la asignación del tratamiento. La falta de cegamiento de los evaluadores puede introducir un sesgo de selección en los resultados reportados por los pacientes.
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de detección)	Riesgo alto	Se trata de un ensayo simple ciego, por lo que los participantes no sabían a qué grupo de tratamiento pertenecían, pero los evaluadores si.
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más corto plazo) [2 a 6 semanas]	Riesgo medio	El estudio reporta resultados a los 3 y 6 meses. Sin embargo, no se menciona específicamente cómo se manejaron los datos de resultado incompletos a corto plazo.
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más largo plazo) [>6 semanas]	Riesgo medio	Aunque se reportan resultados a los 6 meses, no se detalla cómo se manejaron los datos de resultado incompletos a largo plazo.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo alto	No se menciona si hubo un protocolo registrado previamente ni si todos los resultados planificados fueron reportados.

## Apéndice F

### *Riesgo de Sesgos de los estudios incluidos mediante Cochrane para el segundo estudio*

<p>2. Taylor JL, Novaco RW, Gillmer BT, Robertson A, Thorne I. <b>Individual cognitive-behavioural anger treatment for people with mild-borderline intellectual disabilities and histories of aggression: a controlled trial.</b> Br J Clin Psychol. 2005 Sep;44(Pt 3):367-82. doi: 10.1348/014466505X29990. PMID: 16238883.</p>		
Ítem	Evaluación	Apoyo para la valoración
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo medio	El estudio menciona que los participantes fueron asignados aleatoriamente a los grupos de tratamiento y control. Sin embargo, no se proporciona información detallada sobre el

		método específico utilizado para la generación de la secuencia aleatorizada.
Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo alto	No se especifica claramente si la asignación a los grupos fue ocultada a los investigadores y participantes.
Cegamiento de los participantes (sesgo de realización)	Riesgo alto	No se menciona si los participantes estaban cegados a la asignación del tratamiento.
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de selección) (resultados notificados por el paciente)	Riesgo alto	No se menciona si los evaluadores de los resultados notificados por los pacientes estaban cegados a la asignación del tratamiento.
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de detección)	Riesgo alto	No se menciona el cegamiento de los evaluadores
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más corto plazo) [2 a 6 semanas]	Riesgo medio	El estudio reporta resultados en varios puntos temporales, incluyendo preselección, antes del tratamiento, después del tratamiento y en un seguimiento a los 4 meses. Sin embargo, no se menciona específicamente cómo se manejaron los datos de resultado incompletos a corto plazo.
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más largo plazo) [>6 semanas]	Riesgo alto	Aunque se reportan resultados a los 4 meses, no se detalla cómo se manejaron los datos de resultado incompletos a largo plazo
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo alto	No se menciona si hubo un protocolo registrado previamente ni si todos los resultados planificados fueron reportados

## Apéndice G

### *Riesgo de Sesgos de los estudios incluidos mediante Cochrane para el tercer estudio*

- Willner P, Rose J, Jahoda A, Kroese BS, Felce D, Cohen D, Macmahon P, Stimpson A, Rose N, Gillespie D, Shead J, Lammie C, Woodgate C, Townson J, Nuttall J, Hood K. **Group-based cognitive-behavioural anger management for people with mild to moderate intellectual disabilities: cluster randomised controlled trial.** Br J Psychiatry. 2013 Sep;203(3):288-96. doi: 10.1192/bjp.bp.112.124529. Epub 2013 Mar 21. PMID: 23520220.

<b>Ítem</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Apoyo para la valoración</b>
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo bajo	El estudio menciona que los participantes fueron asignados aleatoriamente a los grupos de manejo de la ira o tratamiento habitual. Además, añade el cálculo de potencia que utilizó para determinar el n° de participantes de cada brazo del clúster con un poder estadístico del 80% a un nivel de significación del 5%. (Método de minimización)
Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo alto	No se especifica claramente si la asignación a los grupos fue ocultada a los investigadores y participantes.
Cegamiento de los participantes (sesgo de realización)	Riesgo alto	No se menciona si los participantes estaban cegados a la asignación del tratamiento.
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de selección) (resultados notificados por el paciente)	Riesgo alto	Menciona que, en principio los evaluadores tenían enmascaradas la asignación grupal, sin embargo, comenta más adelante que a veces se informó a los evaluadores de la asignación de grupo por parte de los usuarios del servicio.
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de detección)	Riesgo alto	No menciona si hubo o no cegamiento de los evaluadores, por lo que falta de este cegamiento puede generar un sesgo de detección, ya que los evaluadores pueden llegar a influir en la evaluación de los resultados basándose en el conocimiento del grupo de tratamiento al que pertenecen los distintos participantes.
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más corto plazo) [2 a 6 semanas]	Riesgo medio	El estudio reporta resultados a las 16 semanas y 10 meses. Sin embargo, no se menciona específicamente cómo se manejaron los datos de resultado incompletos a corto plazo.
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más largo plazo) [>6 semanas]	Riesgo medio	Aunque se reportan resultados a los 10 meses, no se detalla cómo se manejaron los datos de resultado incompletos a largo plazo.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo alto	No se menciona si hubo un protocolo registrado previamente ni si todos los resultados planificados fueron reportados.

## Apéndice H

### *Riesgo de Sesgos de los estudios incluidos mediante Cochrane para el cuarto estudio*

<p>4. Willner P, Jahoda A, Rose J, Stenfert-Kroese B, Hood K, Townson JK, Nuttall J, Gillespie D, Felce D. <b>Anger management for people with mild to moderate learning disabilities: study protocol for a multi-centre cluster randomized controlled trial of a manualized intervention delivered by day-service staff.</b> <i>Trials.</i> 2011 Feb 9;12:36. doi: 10.1186/1745-6215-12-36. PMID: 21306624; PMCID: PMC3045902.</p>		
Ítem	Evaluación	Apoyo para la valoración
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Riesgo medio	El estudio menciona que los participantes fueron asignados aleatoriamente a los grupos de intervención o control. Sin embargo, no se proporciona información detallada sobre el método específico utilizado para la generación de la secuencia aleatorizada.
Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Riesgo alto	No se especifica claramente si la asignación a los grupos fue ocultada a los investigadores y participantes.
Cegamiento de los participantes (sesgo de realización)	Riesgo alto	No se menciona si los participantes estaban cegados a la asignación del tratamiento.
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de selección) (resultados notificados por el paciente)	Riesgo alto	No se menciona si los evaluadores de los resultados notificados por los pacientes estaban cegados a la asignación del tratamiento.
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de detección)	Riesgo alto	No hace mención al cegamiento de los evaluadores.
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más corto plazo) [2 a 6 semanas]	Riesgo medio	El estudio reporta resultados a las 16 semanas y 10 meses. Sin embargo, no se menciona específicamente cómo se manejaron los datos de resultado incompletos a corto plazo.
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más largo plazo) [>6 semanas]	Riesgo medio	Aunque se reportan resultados a los 10 meses, no se detalla cómo se manejaron los datos de resultado incompletos a largo plazo.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo alto	No se menciona si hubo un protocolo registrado previamente ni si todos los

	resultados planificados fueron reportados.
--	--

## Apéndice I

### *Selección de estudios*

Base de datos	Plataforma de acceso	Fecha inicial	Fecha acceso	Nº de resultados total
PuBMed/MEDLINE	PuBMed/MEDLINE	Sin límite	30/10/2024	7
Cochrane	Cochrane	Sin límite	30/10/2024	92
<b>TOTAL</b>				99
DUPLICADOS				3
TOTAL SIN DUPLICADOS				96
SELECCIÓN TÍTULO ABSTRACT				7
ARTÍCULOS NO LOCALIZADOS				15
<b>MOTIVO DE EXCLUSIÓN</b>				
DISEÑO				1
POBLACIÓN				1
INTERVENCIÓN				1
<b>INCLUIDOS REVISIÓN</b>				4

## Apéndice J

### Recopilación de estudios excluidos

Estudios excluidos
<b>Motivo de exclusión:</b> Diseño
1. Jahoda A, Willner P, Rose J, Kroese BS, Lammie C, Shead J, Woodgate C, Gillespie D, Townson J, Felce D, Stimpson A, Rose N, MacMahon P, Nuttall J, Hood K. Development of a scale to measure fidelity to manualized group-based cognitive behavioural interventions for people with intellectual disabilities. <i>Res Dev Disabil.</i> 2013 Nov;34(11):4210-21. doi: 10.1016/j.ridd.2013.09.006. Epub 2013 Sep 27. PMID: 24077070
<b>Motivo de exclusión:</b> Población
2. Bruce M, Collins S, Langdon P, Powlitch S, Reynolds S. Does training improve understanding of core concepts in cognitive behaviour therapy by people with intellectual disabilities? A randomized experiment. <i>Br J Clin Psychol.</i> 2010 Mar;49(Pt 1):1-13. doi: 10.1348/014466509X416149. Epub 2009 Apr 8. PMID: 19358746
<b>Motivo de exclusión:</b> intervención
3. Vereenooghe L, Gega L, Reynolds S, Langdon PE. Using computers to teach people with intellectual disabilities to perform some of the tasks used within cognitive behavioural therapy: A randomised experiment. <i>Behav Res Ther.</i> 2016 Jan;76:13-23. doi: 10.1016/j.brat.2015.11.002. Epub 2015 Nov 10. PMID: 26600556. Felce D, Cohen D, Willner P, Rose J, Kroese B, Rose N, Shead J, Jahoda A, MacMahon P, Lammie C, Stimpson A, Woodgate C, Gillespie D, Townson J, Nuttall J, Hood K. Cognitive behavioural anger management intervention for people with intellectual disabilities: costs of intervention and impact on health and social care resource use. <i>J Intellect Disabil Res.</i> 2015 Jan;59(1):68-81. doi: 10.1111/jir.12112. Epub 2014 Jan 9. PMID: 24404992.

## Apéndice K

### *Evaluación de calidad CASPe para Ensayos Clínicos Aleatorizados*

<b>ESTUDIOS</b>	<b>1. Hassiotis A et al. (2009)</b>	<b>2. Taylor JL et al. (2005)</b>	<b>3. Willner P et al. (2013)</b>	<b>4. Willner P et al. (2011)</b>
Tema definido	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Asignación aleatoria	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Mantuvo comparabilidad	SÍ	NO SÉ	SÍ	NO SÉ
Adecuado manejo de pérdidas	NO SÉ	NO SÉ	NO SÉ	NO SÉ
Adecuada medición de desenlaces	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Se evitó comunicación selectiva de resultados	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Efecto del tratamiento para cada desenlace	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Precisión de estimadores del efecto (IC)%	SÍ 95%	SÍ 95%	SÍ 95%	SÍ 95%
¿Se puede aplicar a tu medio?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
¿Se han considerado todos los resultados para decidir?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Beneficios merecen la pena	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>9</b>

## Apéndice L

### Resumen del Riesgo de Sesgo

	Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Cegamiento de los participantes (sesgo de realización)	Cegamiento de los evaluadores (sesgo de selección) (resultados notificados por los pacientes)	Cegamiento de los evaluadores (sesgo de detección)	Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a corto plazo < 6 meses)	Manejo de los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a largo plazo > 6 meses)	Notificación selectiva (sesgo de notificación)
<b>Hassiotis A et al. (2009)</b>	Yellow	Yellow	Green	Red	Red	Yellow	Red	Red
<b>Taylor JL et al. (2005)</b>	Yellow	Red	Red	Red	Red	Yellow	Yellow	Red
<b>Willner P et al. (2013)</b>	Green	Red	Red	Red	Red	Yellow	Yellow	Red
<b>Willner P et al. (2011)</b>	Yellow	Red	Red	Red	Red	Yellow	Yellow	Red

## Apéndice M

### Gráfico del riesgo de sesgos de los estudios incluidos mediante Cochrane

