

JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN DEL TDA/TDAH

Cartagena, 23, 24 y 25 de noviembre de 2006

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES PARA EL TDA/TDAH

Xavier Méndez

Universidad de Murcia

1. La eficacia del tratamiento psicológico en la infancia y adolescencia desde la perspectiva de la terapia con apoyo empírico

El Congreso de los Estados Unidos creó en 1989 la *Agency for Health Care Policy and Research*, con el objetivo de determinar la eficacia de los tratamientos para trastornos específicos y promover la elaboración de protocolos terapéuticos (Barlow y Hoffman, 1997). Por esta razón, la División 12 de la *American Psychological Association*, correspondiente a Psicología Clínica, encargó a una comisión de expertos, presidido por Dianne L. Chambless, un estudio sobre Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos. El informe fue publicado (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) y revisado un año más tarde (Chambless, Sanderson, Shoham, Johnson, Pope, Crits-Christoph, Baker, Johnson, Woods, Sue, Beutler, Williams y McCurry, 1996). Se recomienda a la APA que actúe para acentuar los puntos fuertes de la profesión psicológica en el ámbito clínico, o sea, difundir un conjunto de procedimientos psicológicos de probada eficacia: “Sugerimos que los psicólogos se adelanten en ser los principales científicos en el campo de la psicoterapia” (p. 1).

El informe clasificó los procedimientos psicológicos en dos categorías según su eficacia (véase tabla 1).

Tabla 1. Criterios para las intervenciones psicosociales con apoyo empírico en los trastornos de la infancia y adolescencia

Tratamientos bien establecidos (eficaces)

Deben cumplir tres criterios:

- IA. Al menos dos estudios bien realizados con diseños experimentales de comparación de grupos, llevados a cabo por investigadores o equipos de investigación distintos, que prueben que el tratamiento es:
 - a) estadísticamente superior a un tratamiento alternativo (farmacológico o psicológico) o a un placebo (medicación, atención psicológica),
 - b) equivalente a otro tratamiento bien establecido en experimentos con un tamaño muestral suficiente (se recomienda $N \geq 30$ por grupo).
- IB. Una gran serie de estudios bien realizados con diseños experimentales de caso único ($N \geq 10$) en los que se compare el tratamiento como en IA.
- II. El tratamiento debe estar descrito con precisión (se recomienda en forma de manual), para permitir su replicación.
- III. Las características de las muestras deben estar descritas con precisión, por ejemplo especificar el trastorno según los criterios diagnósticos del DSM-III (American Psychiatry Association, 1980) o ediciones posteriores.

Tratamientos probablemente eficaces

Deben cumplir tres criterios:

- IA. Dos estudios que prueben que el tratamiento es estadísticamente superior al no tratamiento, por ejemplo una condición de lista de espera.
- IB. Dos estudios con diseños experimentales de comparación de grupos, que cumplan los criterios de los tratamientos bien establecidos, pero realizados por el mismo investigador o equipo de investigación.
- IC. Una pequeña serie de estudios bien realizados con diseños experimentales de caso único ($N \geq 4$), que cumpla el criterio IB de los tratamientos bien establecidos.

- II. El tratamiento debe estar descrito con precisión (se recomienda en forma de manual), para permitir su replicación.
 - III. Las características de las muestras deben estar descritas con precisión, por ejemplo especificar el trastorno según los criterios diagnósticos del DSM-III (American Psychiatry Association, 1980) o ediciones posteriores.
-

La comisión de expertos enumeró varios procedimientos psicológicos bien establecidos para tratar trastornos infantiles: modificación de conducta para la enuresis (Houts, Berman y Abbrainson, 1994), entrenamiento a padres basado en el aprendizaje social para los trastornos disocial (Walter y Gilmore, 1973) y negativista desafiante (Wells y Egan, 1988). También citó otros tratamientos probablemente eficaces: técnicas de exposición para fobias específicas en la infancia (Menzies y Clarke, 1993) y modelado participante para fobias específicas en la adolescencia (Bandura, Blanchard y Ritter, 1969), terapia cognitivo-conductual, con y sin entrenamiento familiar en manejo de la ansiedad (Barret, Dadds y Rapee, 1996), para los trastornos de ansiedad por separación, ansiedad generalizada, fobia social (Kendall, 1994; Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindel, Southam-Gerow, Henin y Warman, 1997), programa multicomponente con implicación de la familia para la obesidad infantil (Epstein, Valoski, Wing y McCurley, 1994), moldeamiento del control de la ingesta para la obesidad adolescente (Wheeler y Hess, 1976), procedimientos operantes para la encopresis (O'Brien, Ross y Christophersen, 1986), inversión del hábito para la onicofagia (Azrin, Nunn y Frantz, 1980a) y la succión del pulgar (Azrin, Nunn y Frantz, 1980b).

Sin embargo, la comisión de expertos no revisó las intervenciones llevadas a cabo con muestras infantiles y adolescentes. Por esta razón, Gerald Koocher, presidente de la División 12 de la APA, cuya Sección 1 corresponde a Psicología

Clínica Infantil,¹ encargó en 1994 a otra comisión de expertos que examinara específicamente la evidencia empírica sobre intervenciones psicosociales con niños. La comisión estaba formada por doce expertos: Suzanne Bennett Johnson (presidenta), de la Universidad de Florida; Jean C. Elbert (copresidenta), de la Universidad del Estado de California en Northridge; Christopher J. Lonigan (copresidente), de la Universidad del Estado de Florida; Shelia M. Eyberg, de la Universidad de Florida; Euthymia Hibbs, del Instituto Nacional de Salud; Nadine J. Kaslow, de la Universidad Emory; Philip C. Kendall, de la Universidad Temple; Thomas H. Ollendick, de la Universidad del Estado de Virginia; William E. Pelham, de la Universidad del Estado de Nueva York en Búfalo; Sally Rogers, de la Universidad de Colorado; Sandra, W. Russ, de la Universidad Case Western Reserve; y John R. Weisz, de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA).

La comisión no se propuso elaborar un listado exhaustivo de los tratamientos psicológicos con apoyo empírico para los trastornos en la infancia y adolescencia, sino que se centró en varios de los trastornos infantiles más frecuentes o representativos, en concreto, trastornos de ansiedad, depresión, trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y autismo. A continuación se revisan los resultados del trabajo de la comisión de expertos presentados en la Convención Anual de la APA de 1996 celebrada en Toronto.

2. Tratamientos psicológicos eficaces para el TDA/TDAH

Puesto que se dispone de numerosos estudios de comparación de grupos y diseños de caso único con este trastorno, es prolijo enumerar todas las investigaciones. Las intervenciones conductuales, basadas en el manejo de contingencias en el hogar y en el aula, son tratamientos psicológicos bien establecidos, mientras que las

¹ Puede consultarse la página web de la Sección 1 “Psicología Clínica Infantil”, de la División 12 “Psicología Clínica”, de la *American Psychological Association* en: http://www.psy.fsu.edu/-clinical_child/.

intervenciones cognitivas, autoinstrucciones, resolución de problemas, modelado encubierto, autocontrol, aún no han probado su eficacia (Pelham, Wheeler y Chronis, 1998). Hay cierta evidencia a favor de la eficacia de los entrenamientos en resolución de problemas, incluyendo los interpersonales, cuando se combinan con programas de tratamiento conductual multicomponentes (Kazdin, 1996; Pelham y Hoza, 1996; Pfiffner y McBurnett, 1997). Aunque las técnicas cognitivas se añadieron con el fin de facilitar el mantenimiento de los cambios logrados con las técnicas operantes, ningún estudio aborda directamente esta cuestión. Con respecto a las intervenciones no conductuales, hay pocos motivos para considerar que tienen algún impacto sobre el comportamiento disruptivo (Weisz, Donenberg, Han y Weiss, 1995).

Las razones para distinguir entre intervenciones en casa y en la escuela son varias: a) muchos estudios se centran en un ámbito solo; b) existen diferencias en los estudios en estos dos ámbitos, mientras que en las intervenciones conductuales en el hogar predominan los estudios de grupo, en las realizadas en el aula son más frecuentes los diseños de caso; c) el apoyo empírico sobre la eficacia de las intervenciones conductuales es diferente en función del contexto.

1. Intervenciones conductuales en el hogar

Los programas de entrenamiento a padres se han comparado con fármacos, especialmente metilfenidato (Firestone, Crowe, Goodman y McGrath, 1986; Firestone, Kelly, Goodman y Davey, 1981; Gittelman, Abikoff, Pollack, Klein, Katz y Mattes, 1980), con otros tratamientos psicológicos, como autocontrol (Horn, Ialongo, Greenberg, Packard y Smith-Winberry, 1990; Horn, Ialongo, Pascoe, Greenberg, Packard, Lopez, Wagner y Puttler, 1991) o entrenamiento en habilidades sociales (Pelham, Schnedler, Bender, Miller, Nilsson, Budrow, Ronnei, Paluchowski y Marks, 1988), y con la condición de control lista de espera (Anastopoulos, Sheldon, DuPaul y Guevremont, 1993; Pisterman, Firestone, McGrath, Goodman, Webster, Mallory y Goffin, 1992).

Los programas se desarrollan entre 8 y 20 sesiones semanales. Se enseña a grupos de padres, con el apoyo en lecturas, la aplicación de procedimientos de manejo de contingencias como tiempo fuera, economía de fichas, coste de respuesta, atención contingente, etc.

2. Intervenciones conductuales en la escuela

La mayoría de los estudios que contribuyen a considerar las intervenciones conductuales en el aula como un tratamiento bien establecido son diseños de caso único basados en el manejo de contingencias (Abramowitz, Eckstrand, O’Leary y Dulcan, 1992; Carlson, Pelham, Milich y Dixon, 1992; DuPaul, Guevremont y Barkley, 1992; Hoza, Pelham, Sams y Carlson, 1992; Pelham, Carlson, Sams, Vallano, Dixon y Hoza, 1993, etc).

Se enseña a los maestros, por lo general de forma individualizada, la aplicación de las mismas técnicas operantes que en el entrenamiento a padres. También se coordina la actuación con el hogar, elaborando breves informes diarios sobre el comportamiento y el trabajo del niño en el colegio con el fin de que los padres administren consecuencias contingentes.

BIBLIOGRAFÍA

El fondo más completo sobre consejo, orientación, asesoramiento y tratamiento psico-educativo de problemas psicológicos en la infancia en español lo tiene Ediciones Pirámide, de Madrid, que cuenta con más de cien títulos en sus colecciones “Ojos Solares” y “Guías para Padres y Madres” (incluyendo libros sobre estimulación y desarrollo cognitivo). Se recomienda consultar el catálogo de estas colecciones. Algunos ejemplos de libros interesantes:

Colección Guías para Padres y Madres

Moreno, I. (2005). *El niño hiperactivo*. Madrid: Pirámide.

Colección Ojos Solares

Moreno, I. (2002). *Hiperactividad: Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia* (7.ª Ed.) Madrid: Pirámide.

García, J. (2005). *Mejorar la atención del niño*. Madrid: Pirámide.

Libros de casos

Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (Coord.) (2006). *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes: Estudio de casos escolares*. Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (Coord.) (2006). *Terapia psicológica con niños y adolescentes: Estudio de casos clínicos*. Madrid: Pirámide.

El fondo más completo sobre materiales de reeducación y fichas de trabajos sobre dificultades escolares en español lo tiene la Editorial CEPE, de Madrid. Se recomienda consultar su catálogo. Algunos ejemplos de libros interesantes:

Orjales, I. y Polaino-Lorente, A. (2001). *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: CEPE.

Orjales, I. (1999). *Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.