

Tratamiento de los trastornos del comportamiento. Revisión de las propuestas actuales

*Inmaculada MORENO GARCÍA
Susana MENERES SANCHO*

Universidad de Sevilla

Resumen

En este trabajo se analizan las propuestas actuales de intervención en los trastornos del comportamiento, el trastorno negativista desafiante y trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tomando en consideración entre otras variables, comorbilidad, factores de riesgo y tratamientos recomendados por criterios de eficacia. Se revisan los programas y procedimientos más empleados y las estrategias que, a partir de las evidencias científicas, permitan la práctica clínica y asistencial basada en estándares de eficacia. Se hace hincapié asimismo en las limitaciones halladas en los estudios publicados y las futuras líneas de investigación a desarrollar sobre el tema.

Palabras clave: trastornos del comportamiento, tratamiento, eficacia, criterios clínicos.

Abstract

This paper analyzes the current proposals for intervention in behavioral disorders, oppositional defiant disorder and attention deficit hyperactivity disorder, taking into consideration among others, variables such as comorbidity, risk factors and treatments recommended by effectiveness criteria. We review the programs and procedures most used and the strategies from scientific evidence, which enable clinical practice and assistance based on standards of effectiveness. Emphasis is also made on the limitations found in the literature and future research to develop on the subject.

Key words: Behavior Disorders, Treatment, Efficacy, Clinical Criteria.

Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología.
c/ Camilo José Cela, s/n. 41018. Sevilla. *Correo electrónico:* imgarcia@us.es

Recibido: junio 2011. *Aceptado:* septiembre 2011.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) clasifica los Trastornos del Comportamiento (TC), a partir de un diagnóstico categorial, en tres trastornos: Trastorno Disocial (TD), Trastorno Negativista Desafiante (TND) y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Estas categorías han sido confirmadas mediante procedimientos estadísticos en trabajos de nuestro ámbito. En la investigación realizada por López Soler, Castro, Alcántara, Fernández y (2009) se diferenciaron, a través de análisis factorial, tres síndromes empíricos equivalentes a los trastornos del comportamiento perturbador: Disocial, Oposicionismo-Desafiante y Déficit de Atención con Hiperactividad. En todo caso, la clasificación del DSM basada en la presencia/ausencia de síntomas clínicos ha derivado en la consideración de estos trastornos como externalizantes (DuPaul y Weyandt, 2009). Se trata de trastornos que incluyen distintos problemas de conducta, deficiencias atencionales, impulsividad, hiperactividad, desafío, hostilidad, agresividad y comportamientos antisociales y cuentan con una amplia tradición investigadora. Despiertan interés científico y social no sólo por los efectos adversos que conllevan en el niño o adolescente afectado, también de manera destacada, por la repercusión que los síntomas clínicos genera en el entorno familiar, social y escolar de los menores diagnosticados (Moreno, 2007).

Específicamente, la repercusión del TDAH en la familia ha sido abordada atendiendo a las relaciones de los menores hiperactivos con sus padres y hermanos (Keown y Woodward, 2002). Sin embargo, es claro que este trastorno conlleva consecuencias adversas y considerables costes de salud, equiparables, en el caso de los pacientes infantiles, a los estimados en relación a los niños con asma (Chen y Chang, 2002). Ade-

más, los familiares sufren elevados niveles de estrés (Guevremont, Shelton, Terri y DuPaul, 1992) y consecuencias emocionales adversas, especialmente ansiedad y depresión. Lesesne, Visser y White, (2003) han evidenciado que la salud mental de las madres está relacionada significativamente con la presencia del trastorno en edad escolar y Moreno y Lora (2006) que el estado de salud de éstas afecta a la continuidad/abandono de los tratamientos psicológicos recomendados a los menores con diagnóstico de hiperactividad y TND. Asimismo, el trastorno origina notables alteraciones en el funcionamiento familiar y conyugal (Harpin, 2005).

Diagnóstico y prevalencia

El diagnóstico de los TC hace hincapié en la consideración de un patrón persistente y reiterado de comportamientos disruptivos que conlleva deterioro significativo a nivel académico amén de conflictos familiares y sociales. A menudo a los indicadores sintomatológicos característicos acompaña sintomatología clínica subyacente, baja autoestima, limitada tolerancia a la frustración e inestabilidad emocional.

En la actualidad la prevalencia real de los TC es difícil de precisar debido al empleo de distintos criterios diagnósticos, diferentes instrumentos de evaluación, diversidad de muestras estudiadas y distintas fuentes de información consultadas. En este sentido, Angulo, Ballabriga, Jané, Bonillo, Viñas, Corcoll-Champredonde, González, Zepeda, Dos Santos y Carbonès (2010) analizaron el grado de concordancia entre padres y profesores respecto a la sintomatología negativista desafiante observada en 702 sujetos con edades comprendidas entre 6 y 8 años. Los resultados indican concordancia muy limitada entre las valoraciones

de ambos informantes. Asimismo, las variables edad y sexo de los niños estudiados no influían significativamente en los informes de los adultos, si bien, los padres valoran más sintomatología del TND y perciben con mayor intensidad su severidad.

No obstante, se estima que, en población normal, entre el 5,4% y el 35,5% de los niños/adolescentes con edades comprendidas entre 4 y 18 años presentan trastornos de conducta (Fombonne, 2002). Según NICE (2006), la prevalencia en edades entre 5 y 10 años es de 6,9% en varones y 2,4% niñas, porcentajes que aumentan (entre 15% y 20%) cuando se trata de muestras clínicas (Costello, Compton, Keeler y Angold, 2003), hasta llegar a ser considerados los trastornos por los cuales la padres demandan mayormente ayuda clínica (Robles y Romero, 2011). En nuestro país, Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil (2000) realizaron un trabajo en el que se contó con muestras clínicas (niños derivados para tratamiento psicológico desde distintos servicios y niveles asistenciales). Participaron 404 niños y adolescentes con edades entre 0 y 18 años. Los resultados pusieron de manifiesto que el 23% de los participantes presentaba TC (el grupo/categoría más numeroso), hallazgo coincidente con el estudio de Bragado, Carrasco, Sánchez-Bernardos, Bersabe, Loriga y Monsalve (1995). Asimismo, estos trastornos ocupaban el primer lugar en cuanto a prevalencia entre las edades 6 a 18 años, siendo la incidencia mayor entre 14 y 18 años. Si se considera la variable género, estas alteraciones son más comunes en los varones (24,2%) respecto a las mujeres (21%). López-Soler *et al.*, (2009) investigaron 300 menores con edades comprendidas entre 6 y 12, remitidos para evaluación, diagnóstico y/o tratamiento psicológico por presentar problemas psi-

cológicos. Los resultados mostraron que el Trastorno Oposicionista-Negativista era el más prevalente (18,5%), seguido del Trastorno Disocial (18,1%) y TDAH, respectivamente (14,5%). En general, los niños presentaban más prevalencia de problemas de conducta que las niñas. Por otro lado, Fergusson, Boden y Horwood (2010) en un estudio longitudinal (25 años) en el que participaron 1265 niños, observaron que, entre 14 y 16 años, el 21,8% de la muestra tenía diagnóstico de TC. Asimismo, los TC están presentes en el 50% de los niños/adolescentes remitidos a consulta de salud mental (Waschbusch, 2002).

Como se ha mencionado anteriormente, distintas investigaciones han mostrado diferencias de género en la incidencia/prevalencia de estos trastornos. Los estudios hallan datos consistentes en cuanto a la mayor incidencia en varones respecto a las mujeres (Bauermeister, Shrout, Ramírez, Bravo, Alegría, Martínez-Taboas, Chávez, Rubio-Stipec, García, Ribera y Canino, 2007; Heflinger y Humphreys, 2008). Según DuPaul y Weyandt (2009) la incidencia de los TC es de 3:1 varones respecto a mujeres.

Por otro lado, la prevalencia de cada trastorno varía cuando se considera por separado. Si se analizan los datos según trastorno, entre el 1% y 5% de los niños cumplen con los criterios diagnósticos de TD y entre el 5% y 10% TND (Kutcher, Aman, Brooks, Buitelaar, Van Daalem, Fegert, Findling, Fisman, Geenhill, Huss, Kusumakar, Pine, Taylor y Tyano, 2004). Específicamente, en relación al TDAH, según se consideren criterios diagnósticos o clínicos la prevalencia de este trastorno en edades comprendidas entre 10 y 16 años oscila entre 4,8% y 23% (Lora y Moreno, 2010).

Numerosas investigaciones han documentado la comorbilidad existente entre los

trastornos del comportamiento, estimándose que el 60% de los pacientes con TDAH cumplen con los criterios diagnósticos de TND (Connor, Steeber, McBurnett, 2010). En realidad, como señalan Kutcher *et al.* (2004), la comorbilidad, en estos casos, es la norma, no la excepción. Se trata, como se sabe, de una cuestión destacada que insta a realizar el diagnóstico teniendo en cuenta posibles comorbilidades dado que esta circunstancia afectará, presumiblemente, al pronóstico. Distintos autores han señalado al TND como precursor/antecedente de otros TC (Mash y Barkley, 1998). En el trabajo de Fergusson, Boden y Horwood (2010) se halló que 13,1% tenía diagnóstico de un solo TC, el 6,1% de la muestra cumplía criterios de dos TC y 2,6% criterios de tres TC. En esta investigación, según trastorno, el más prevalente fue el TND (15,1%), 10,6% TD y 7,5% TDAH. En cuanto a la comorbilidad entre trastornos, los resultados mostraban que el 5,6% de la muestra cumplía criterios de TD y TND, el 5,5% de TDAH y TND y el 2,8% TD y TDAH. La influencia de la comorbilidad entre trastornos es de tal importancia que la evolución de los niños con TDAH hacia adolescentes con otros TC depende de factores ambientales, entre ellos, destaca la adaptación del menor en el grupo de iguales y la hostilidad de los padres.

Otras investigaciones han mostrado el efecto adverso que los síntomas del TND genera en los niños y adolescentes con TDAH (Connor, Steeber, McBurnett, 2010) incrementando, en estos casos, la severidad de los síntomas relacionados con las dificultades de aprendizaje y las conductas disruptivas, así como perjudicando la adaptación social de los afectados. En un trabajo realizado por Moreno, Verdugo, Aires y Meneres (2010) se analizó, desde una perspecti-

va dimensional, la existencia de un posible *continuum* en cuanto a sintomatología asociada entre dos muestras de niños, una con diagnóstico de TDAH (planteamiento categorial) y otra con sintomatología subclínica. Los resultados mostraron que ambos grupos presentaban perfiles psicopatológicos comunes, si bien se observaron diferencias en cuanto a la intensidad sintomatológica entre ambos. En el grupo de TDAH la intensidad de los síntomas asociados fue más acusada. Estas diferencias resultaron significativas en los Problemas de Atención, Conducta Agresiva y Problemas Externalizantes. Se concluyó que si bien se comparte sintomatología asociada, la severidad de los síntomas de TDAH se vincula a más intensidad de los problemas comórbidos. O lo que es igual, el TDAH agrava los problemas comórbidos, no diferenciando la naturaleza de éstos.

Otra línea de investigación desarrollada desde hace décadas se centra en la identificación de los factores de riesgo implicados en los TC. Las investigaciones realizadas muestran, más que la influencia de un único factor o elemento responsable, la concurrencia de varios factores que conjuntamente aumentan la probabilidad de aparición de un TC. En opinión de Nathan, Gorman y Salkind, (2002) al respecto, hay que en cuenta tres cuestiones: (a) no se ha identificado un único factor que por sí solo contribuya a la aparición de estos trastornos, (b) los factores identificados realizan una actuación concurrente, es decir, suelen incidir conjuntamente para generar el efecto (aparición del TC) y (c) tales factores están interrelacionados. No obstante, los estudios realizados han identificado, entre otros factores: hiperactividad precoz, dificultades de aprendizaje, fracaso escolar, complicaciones perinatales e historial de depresión materna (Grizenko y Pawliuk,

1994). Recientemente, las investigaciones han subrayado la influencia de los conflictos parentales (Wymbs y Pelham, 2010). En este sentido, la *exposición de los hijos a los conflictos conyugales* constituye un factor de riesgo importante para el desarrollo de problemas de conducta en los menores. Así se concluye en el trabajo realizado por Justicia y Cantón (2011) en el que han participado 332 hijos de entre 7 y 17 años y sus madres. Asimismo, desde hace años se constata que el estrés y psicopatología parental, así como prácticas educativas coercitivas, escasa supervisión y negligencia parental, entornos sociales y económicos desfavorecidos (violencia, agresividad), limitadas oportunidades de experiencias socializadoras, exposición persistente y precoz a agresiones físicas y limitadas habilidades intelectuales aparecen como factores de riesgo respecto a estos trastornos (Connor, Steeber y McBurnett (2010).

Tratamiento

El tratamiento de los TC es objeto de interés científico desde hace décadas, abundando las publicaciones científicas sobre el tema. Las intervenciones en los TC varían según la naturaleza del tratamiento administrado y el contexto de aplicación. No obstante, a efectos de síntesis, se diferencian dos tipos de intervenciones (DuPaul y Weyandt, 2009): (a) intervenciones farmacológicas, opción administrada con frecuencia en el TDAH y menos frecuente en TND y TD y (b) intervenciones no farmacológicas, se llevan a la práctica en el ámbito escolar y familiar e incluyen modificación de conducta, técnicas de manejo conductual en el colegio, entrenamiento en habilidades sociales y programas de entrenamiento a padres, fundamentalmente. Las intervenciones en el centro escolar suelen contar con

la participación de los profesores e iguales.

La situación actual, caracterizada por la proliferación de estudios y publicaciones científicas sobre alternativas terapéuticas recomendadas para tratar estos trastornos, muestra diversidad de hallazgos científicos según muestras empleadas, criterios diagnósticos adoptados y rigor metodológico considerado. Este panorama unido a la preocupación por la idoneidad del tratamiento recomendado en cada caso y las dificultades para trasladar las recomendaciones apoyadas en evidencias científicas a la práctica clínica, observándose, en estos casos, divergencias notables entre la investigación y práctica clínica, ha incentivado distintas estrategias de trabajo, encaminadas a aportar claridad en un contexto heterogéneo y confuso respecto a hallazgos científicos y aplicabilidad clínica de éstos. De este modo, se ha acentuado la constitución de grupos de trabajo, constituidos por expertos de distintas disciplinas, que han generado documentos de consenso (Kutcher *et al.*, 2004), revisiones de la bibliografía científica (Connor, Steeber y McBurnett, 2010), meta-análisis y publicaciones que pretenden actualización de contenidos (Alda, Arango, Castro, Petitbó, Soutullo y San, 2009). Asimismo, se han publicado guías encaminadas a fomentar la práctica clínica en unos casos y, en otros, las intervenciones con los menores afectados desde contexto educativo (Angullo, Fernández, García, Giménez, Ongallo, Prieto y Rueda, 2010).

En 2004 se publicó la *Declaración de Consenso Internacional sobre el TDAH y los Trastornos de conducta disruptiva (TCD)* (Kutcher *et al.*, 2004) en la que se abordaban estas cuestiones subrayando la idoneidad del diagnóstico diferencial, valoración de las comorbilidades asociadas para mejorar el pronóstico y la identificación temprana

de los casos de TDAH, como actuaciones previas encaminadas a evitar el desarrollo de otros TC y reducir el riesgo asociado al TDAH. Se extrajeron, asimismo, conclusiones sobre las opciones terapéuticas disponibles y la idoneidad de las mismas según las variables clínicas, individuales y familiares implicadas (véase tabla 1).

Específicamente, respecto a las intervenciones psicológicas, las guías, trabajos y documentos consensuados, publicados en la última década, avalan las evidencias científicas consolidadas de la terapia/modificación conducta como tratamiento idóneo para los TC., especial recomendación referi-

da a los *programas de entrenamiento a padres* y recientemente, respecto al TDAH, el neurofeedback (American Academy of Pediatrics, 2010), considerado en esta publicación con un buen nivel de evidencia científica.

Tratamiento del Trastorno Negativista Desafiante

Las alternativas terapéuticas administradas incluyen terapias farmacológicas y no farmacológicas, destacando los programas de entrenamiento a padres por su eficacia demostrada, habiéndose constatado que el entrenamiento aplicado a padres y a

Tabla 1. Síntesis de las conclusiones establecidas en el *Documento de Consenso Internacional sobre el tratamiento para el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) y Trastornos de Conducta Disruptiva (TCD)*. Fuente: Kutcher, Aman, Brooks, Buitelaar, Van Daalem, Fegert, Findling, Fisman, Geenhill, Huss, Kusumakar, Pine, Taylor y Tyano (2004).

<i>Se trata de trastornos prevalentes y, en el caso del TDAH, crónico, cuya evolución es más adversa cuando se asocia a falta de tratamiento.</i>
<i>Antes de iniciar el tratamiento han de identificarse con claridad los síntomas diana, característicos del trastorno/s, así como la gravedad de los mismos. De estas cuestiones dependerá la modalidad de tratamiento recomendada.</i>
<i>Se dispone de tratamientos eficaces para el TDAH y TC si bien su eficacia se limita mayormente del periodo en el que se administra la terapia.</i>
<i>El tratamiento recomendado, óptimo del TDAH y/o TC ha de combinar tratamiento farmacológico, que inciden en los síntomas biológicos del trastorno, con intervenciones psicológicas centradas en desarrollar estrategias de control por parte del paciente y la familia.</i>
<i>Se recomienda tratamientos de naturaleza multimodal que integren terapia farmacológica, modificación de conducta e intervenciones psicosociales. Estos tratamientos han de administrarse a largo plazo y realizar un seguimiento regular (cada 6 meses) valorando sintomatología básica, efectos secundarios, adaptación social y mejoría escolar. Se fomentará, asimismo, la adherencia terapéutica y motivación de los pacientes y familiares.</i>
<i>Se reconoce, entre todas las opciones no farmacológicas, la eficacia de las intervenciones basadas en modificación del comportamiento. Destacando, los Programas Conductuales para Padres.</i>
<i>No se recomienda el empleo de psicoestimulantes para el tratamiento del TC primario (especialmente TDAH) por el riesgo del abuso de psicoestimulantes en estos pacientes.</i>
<i>Las opciones de tratamiento varían según la existencia de comorbilidad asociada (uno o varios trastornos asociados) y según cual sea el trastorno/ diagnóstico primario.</i>

los niños es superior al entrenamiento desarrollado únicamente con los padres (Webster-Stratton, Reid y Hammond, 2004). La revisión específica de la bibliografía publicada en las últimas décadas mues-

tra el desarrollo de distintos programas habitualmente empleados para tratar los problemas de conducta que presentan los niños con diagnóstico de TND. Destacan, de forma sucinta, los que recoge la tabla 2.

Tabla 2. Programas de intervención empleados en el tratamiento del Trastorno Negativista Desafiante.

Programa	Contenido	Investigaciones publicadas entre 1983 -2011	Aportación según resultados
<i>Parent Management Training (PMT)</i> Kazdin (1985)	Entrenamiento a padres para manejar problemas de conducta de sus hijos	Kazdin (1992) Schaffer <i>et al.</i> (2001) Cautilli y Tillman (2004) Kazdin <i>et al.</i> (2005) Chronis <i>et al.</i> (2006)	Efectivo en el tratamiento de niños con problemas de conducta; eficacia demostrada en generalización y mantenimiento de los efectos
<i>Defiant Children</i> Barkley (1987) (Trad. al español en 1999)	Entrenamiento a padres mediante pautas muy estructuradas y sistematizadas	Barkley (1987) Barkley, Edwards y Robin, (1999)	Eficaz en el entrenamiento a padres de niños desafiante
<i>Incredible Years Treatment Program (IY)</i> Webster-Stratton (1984)	Incide en las interacciones padres-hijos y en las habilidades del profesor	Webster-Stratton (1984) Taylor, Schmidt, Pepler y Hodgins (1998) Webster-Stratton, Reid y Beauchaine (2011) Bywater, Hutchings, Gridley y Jones (2011)	Eficacia bien establecida en el TND y en manejo del comportamiento infantil por parte de los padres
<i>Parent-Child Interaction Training (PCIT)</i> Eyberg (1995)	Entrenamiento a padres para establecer interacciones adaptadas con sus hijos	Eyberg, Boggs y Algina, (1995) Fernández y Eyberg (2005) Goldfine, Wagner, Branstetter y McNeil (2008) Naik-Polan y Budd (2008)	Eficaz en mejoría de las relaciones padres-hijos
<i>Helping the Noncompliant Child</i> Forehand y McMahon, (1981)	Se interviene sobre las habilidades parentales y conductas prosociales de los niños	McMahon y Forehand (1981) Mandal, Olmi, Edwards, Tingstrom y Benoit (2000) McMahon y Forehand (2003)	Eficaz en la disminución de problemas de conducta infantil; mejoran las habilidades parentales y las conductas infantiles prosociales
<i>Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)</i> Greenberg (1995)	Incide sobre la habilidad de los niños para manejar sus emociones	Kam, Greenberg y Kusche (2004) Greenberg Kusche, Cook y Quamma (1995)	Eficaz para disminuir los problemas externalizantes e internalizantes
<i>SNAP (Stop Now and Plan) Program</i> Augimeri (2006)	Entrenamiento infantil en autocontrol	Augimeri, Farrington, Koegl y Day (2007)	Eficaz para enseñar estrategias de autocontrol y solución de problemas a niños con problemas antisociales
<i>Colaborative Problem Solving (CPS)</i> Greene (1998)	Entrenamiento a los adultos en solución de problemas e interacción con el niño	Greene (1998) Greene y Doyle, 1999	Mejora las interacciones adulto-niño y habilidades para resolver problemas y/o situaciones precipitantes de la conducta problema
<i>Anger Coping Program</i> Lochman (1984)	Intervenciones focalizadas en las relaciones sociales y manejo de la ira	Lochman, Burch, Curry y Lampron (1984) Lochman, Dunn y Klimes-Dougan (1993).	Incrementa las habilidades sociales y manejo de la ira

El programa de Kazdin (1985), *Parent Management Training (PMT)*, permite el entrenamiento a los padres para manejar los problemas de conducta de sus hijos al tiempo que se modifican las interacciones alteradas padres-hijos, especialmente aquellas relacionadas con la disciplina (Kazdin, Marciano y Whitley, 2005). Han quedado de manifiesto sus efectos para tratar niños con problemas de conducta (Cautilli y Tillman, 2004), habiéndose constatado el mantenimiento de los mismos tras varios años, una vez finalizada la intervención (Kazdin, Siegal y Bass, 1992) y su generalización (Chronis, Jones y Raggi, 2006). No obstante, su eficacia puede aumentar al entrenar simultáneamente al niño en habilidades de solución de problemas (Shaffer, Kotchick, Dorsey y Forehand, 2001).

El *Incredible Years Treatment Program (IY)* (Webster-Stratton, 1984) diseñado para entrenar a padres, niños pequeños y profesores cuenta con eficacia bien establecida en el TND (Webster-Stratton, Reid y Beauchaine, 2011), específicamente en el manejo del comportamiento del niño por parte de sus padres (Taylor, Schmidt, Pepler y Hodgins, 1998) y profesores (Bywater, Hutchings, Gridley y Jones, 2011).

El programa conocido como *Parent-Child Interaction Training (PCIT)* (Eyberg, Boggs y Algina, 1995) pone énfasis en mejorar la calidad de las relaciones parentales y cambiar los patrones desajustados (Naik-Polan y Budd, 2008). Se han observado mejoras clínicas significativas en múltiples medidas de comportamiento perturbador con datos sólidos de mantenimiento (Goldfine, Wagner, Branstetter y McNeil, 2008), habiéndose identificado algunas variables que pueden incidir en el abandono del entrenamiento (Fernandez y Eyberg, 2005).

El programa diseñado por (McMahon y Forehand, 1981), *Helping the Noncom-*

pliant Child tiene como objetivos prevenir problemas de conducta en niños de educación infantil y primaria. Los objetivos a corto y medio plazo incluyen modificación de los estilos coercitivos de la interacción padres-hijos y establecimiento de patrones interactivos positivos y prosociales (Mandal, Olmi, Edwards, Tingstrom y Benoit 2000). Sus resultados muestran mejora de las habilidades parentales y de las conductas prosociales de los niños, al tiempo que disminuyen los problemas de conducta (McMahon y Forehand, 2003).

Se ha observado que el *Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS program)* (Greenberg, Kusche, Cook y Quamma, 1995) incrementa la habilidad de los niños para manejar sus emociones y contribuye a disminuir los problemas externalizantes (conductas disruptivas) e internalizantes (depresión), al tiempo que aumenta la resolución de problemas sociales (Kam, Greenberg y Kusche, 2004).

Para trabajar con niños que presentan conductas delictivas y comportamientos disociales se emplea habitualmente el *SNAP (Stop Now and Plan) Program* (Augimeri, Farrington, Koegl y Day, 2007) basado en estrategias cognitivo-conductuales de auto-control y solución de problemas.

Con el objetivo de prevenir el desarrollo de síntomas depresivos e inhibir los comportamientos disruptivos se administra el *Anger Coping Program* (Lochman, Dunn y Klimes-Dougan, 1993), sustentado en procedimientos cognitivo-conductuales y manejo de la ira para mejorar las relaciones sociales (Lochman, Burch, Curry y Lampron, 1984).

A éstos se añade el Programa de Entrenamiento para padres *Defiant Children* (Barkley, 1997), traducido al castellano en 1999, entre los más empleados en nuestro ámbito y comúnmente utilizado en el tra-

tamiento del TND. Incluye, asimismo, una guía para trabajar con adolescentes desafiantes y desobedientes (Barkley, Edwards y Robin, 1999).

Por su parte, el programa conocido como *Colaborative Problem Solving (CPS)* (Greene, 1998) se basa en las relaciones recíprocas existentes entre el niño con TND y el adulto (Greene y Doyle, 1999).

Según la bibliografía, el *Therapeutic Assesment model (TA)* es efectivo para preadolescentes con TND y sus familias (Tharinger, Finn, Austin *et al.*, 2008; Smith, Wolff, Handler y Nash, 2009a). Enfatiza la importancia de la influencia del contexto en el comportamiento. Asimismo, se ha constatado su eficacia en el tratamiento de conductas agresivas y desafiantes (Hamilton, Fowler, Hersch *et al.*, 2009; Smith y Handler, 2009b; Smith, Handler y Nash, 2011).

A estas propuestas se añade la *Terapia Multisistémica (TMS)* (Curtis, Ronan y Borduin, 2004). Esta alternativa, que subraya el trabajo con los padres (Shelef y Diamond, 2005), otros miembros de la familia, los profesores e iguales del niño con problemas de comportamiento (De la Peña-Olvera, 2003), se ha planteado como opción terapéutica a la hospitalización psiquiátrica de los jóvenes con TD (Henggeller, Rowland, Randal, Ward y Pickrel, 1999).

Por otro lado, los estudios publicados sobre el tratamiento farmacológico del TND muestran que existe superposición entre los resultados correspondientes a los tres trastornos identificados (TDAH, TND y TD) (Turgay, 2009). Habitualmente el TDAH suele ser el foco de las intervenciones, diagnosticándose el TND como trastorno comórbido frecuente; por este motivo los estudios publicados con respecto a la medicación efectiva en el tratamiento del TND suelen derivar del análisis de los efectos

registrados en el tratamiento para el TDAH.

En todo caso, la administración de fármacos habitualmente empleados en el tratamiento del TND tiene en cuenta los trastornos comórbidos asociados (Kutcher *et al.*, 2004). Habitualmente se administran:

- a) Estimulantes, inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina (por ejemplo, metilfenidato), indicados cuando existe comorbilidad con el TDAH y el problema conductual está relacionado con impulsividad, autocontrol o dificultad para procesar la información del entorno (Hinshaw, 1991).
- b) Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (por ejemplo, atomoxetina), también indicado para el TDAH e indicado para el TND cuando existe comorbilidad con ansiedad (Michelson *et al.*, 2001).
- c) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (por ejemplo, fluoxetina, paroxetina), indicados cuando hay problemas de ansiedad y aparecen asociadas conductas obsesivas.
- d) Antipsicóticos atípicos (por ejemplo, risperidona), recomendados en casos de conducta agresiva de carácter grave (Aman, De Smedt, Derivan *et al.*, 2002).

Dado que el tratamiento farmacológico administrado para el TDAH consiste en la administración de fármacos referidos anteriormente, en las páginas siguientes nos centraremos específicamente en las intervenciones psicológicas recomendadas para este trastorno.

Tratamiento del TDAH

Desde que el trastorno se identificó, el tratamiento del TDAH es objeto de enorme

interés científico y social, circunstancia que se traduce en la proliferación de investigaciones y publicaciones científicas sobre las dos alternativas terapéuticas, hasta la fecha, tradicionales, a saber: el tratamiento farmacológico y la terapia conductual. Desde una y otra perspectiva se desarrollan numerosas investigaciones con el propósito de determinar el alcance de los efectos sobre los síntomas diana de TDAH. Además, el estudio más extenso sobre el tratamiento del TDAH lo lleva a cabo el *MTA Cooperative Group* que ha publicado más de 15 trabajos desde 1998 siguiendo a una amplia muestra de sujetos (*MTA Cooperative Group*, 2004).. Aunque en términos generales este macro estudio ha servido para constatar que el tratamiento farmacológico es la alternativa de elección y sus efectos son más pronunciados sobre los síntomas característicos, los resultados aportados por los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales también se han mostrado útiles.

Teniendo en cuenta lo señalado anteriormente, unido a la prevalencia elevada del TDAH, las dificultades diagnósticas reconocidas y las evidencias científicas y clínicas relacionadas con los tratamientos habituales, en los últimos años se ha realizado un notable esfuerzo encaminado a precisar y consensuar aspectos fundamentales, que ayuden en la toma de decisión, por parte de investigadores y clínicos, sobre qué tratamiento o intervención recomendada ha de aplicarse en los distintos casos. Este esfuerzo se fundamenta, además de las dificultades conocidas, intrínsecas del propio trastorno estudiado, en

el desarrollo tecnológico actual que permite probar nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento, así como, en la mayor participación de los padres en la toma de decisiones terapéuticas y educativas. Centrándonos en el tratamiento, los ejes fundamentales sobre los que se asientan las recientes iniciativas adoptadas se refieren a los siguientes aspectos: (a) efectividad, eficacia y eficiencia terapéutica según severidad del trastorno, edad del niño, factores familiares influyentes, etc.; (b) componentes críticos de los tratamientos; (c) profesionales implicados en las intervenciones y (d) servicios asistenciales y educativos implicados.

En este contexto se han publicado en los últimos años distintas revisiones y metaanálisis (Connor, Glatt, Lopez, Jackson, Mellini, 2002). Estos estudios metaanalíticos se han centrado en la eficacia de la medicación en el TDAH (Faraone, 2009), analizando la eficacia específica de los estimulantes según el paciente (niño o adolescentes) (Faraone y Buitelaar, 2010) y documentando la eficacia de los tratamientos conductuales (Fabiano, Pelham, Coles, Gnagy, Chronis-Tuscano y O'Connor, 2009). En otros casos, se han consensuado documentos (Barkley, Cook, Diamond *et al.*, 2002; ; Grupo Consenso Multidisciplinar en TDAH, 2005) y publicado guías de práctica clínica, algunas de carácter general sobre el TDAH (AAP 2001; SIGN 2001; NEW ZEALAND, 2001; CCHMC, 2004; UMHS 2005; ICSI 2007; AACAP 2007; CADDRA, 2007, NICE, 2008)¹ y otras, específicas sobre, por ejemplo, los

1. AAP: American Academy of Pediatrics (EE.UU.). SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Escocia). NEW ZEALAND: New Zealand Ministry of Health. CCHMC: Cincinnati Children's Hospital Medical Center (EE.UU.). UMHS: University of Michigan Health System (EE.UU.). ICSI: Institute for Clinical Systems Improvement (EE. UU.). AACAP: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (EE.UU.). CADDRA: Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (Canadá). NICE: National Institute for Clinical Excellence (Reino Unido).

estimulantes de acción prolongada (Banaschewski, Coghill, Santosh *et al.*, 2006).

En nuestro país, las instituciones y organismos sanitarios han auspiciado la publicación de algunas guías clínicas de reciente aparición (Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas, 2009; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes, 2010).

Desde el contexto educativo, la demanda de atención a los alumnos con alteraciones de conducta y dificultades de aprendizaje asociadas al TDAH ha crecido significativamente en los últimos años generando nuevas necesidades educativas e incentivando actuaciones psicoeducativas específicas. En este ámbito se han publicado distintas guías con contenido específico para atender a alumnos con TDAH (STILL, 2007; Cuervo, Del Río, Correas *et al.*, 2009; FEAADAH, 2010).

Con independencia del tipo de tratamiento recomendado, una de las cuestiones más controvertidas en la práctica clínica se refiere a la prescripción terapéutica según edad del niño y severidad del TDAH diagnosticado. En este sentido, la guía NICE (2008) aclara el panorama, confuso hasta la fecha, precisando que:

- a) En niños menores de cinco años (preescolares) la opción recomendada ha de ser derivar a los padres a programas de entrenamiento/educación parental. No está recomendado tratamiento farmacológico en estos casos.
- b) En niños en edad escolar y adolescentes en los que el trastorno está originando deterioro moderado, NICE tampoco sitúa el tratamiento farmacológico como primera opción terapéutica. Se recomienda derivar a los padres a programas de entrenamiento y considerar, según el

caso, tratamiento terapia cognitivo-conductual y/o entrenamiento en habilidades sociales para el niño. En estas edades, el tratamiento farmacológico debiera limitarse, según las recomendaciones de esta influyente guía, los casos que han rechazado intervenciones psicológicas o aquellos, que tras recibir tratamiento psicológico no han obtenido los resultados esperados.

- c) En niños en edad escolar y adolescentes con TDAH severo el tratamiento de primera opción debiera incluir terapia farmacológica, prescrita por un profesional con experiencia en TDAH, en el marco de un programa multimodal que incluya intervenciones conductuales y escolares (Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas, 2009).

Como antes se ha indicado, la terapia de conducta y, específicamente, los Programas de Entrenamiento a Padres cuentan con evidencia científica que avalan su recomendación como tratamiento eficaz para el TDAH (DuPaul y Lisa, 2009; Fabiano *et al.*, 2009; Connor *et al.*, 2010; Riccio, Sullivan y Cohen, 2010). Robles y Romero (2011) analizaron la eficacia de los programas de entrenamiento a padres con hijos que presentan problemas de conducta, a través de los meta-análisis y artículos de revisión publicados entre 1989 y 2009, concluyendo que estos programas cuenta con sólida evidencia científica. Observándose, entre sus efectos, la promoción de cambios positivos tanto en la conducta del niño como de los padres participantes, mejoría de la comunicación padres-hijos y en las habilidades conductuales de los progenitores al tiempo que disminuyen los problemas de conducta identificados inicialmente. Además, los efectos logrados por estas intervenciones se mantienen a largo plazo. Específicamente,

respecto al TDAH, Chronis *et al.*, (2004) concluyen que estos programas, en combinación con el tratamiento farmacológico, son más eficaces que cuando este tratamiento es administrado como de forma aislada, apreciándose, asimismo, que, respecto a este trastorno, las intervenciones en grupo conllevan menos costes, resultan menos estigmatizantes y más eficientes en comparación con las intervenciones individuales.

En este contexto, se ha desarrollado un programa de entrenamiento para padres inserto en un tratamiento que incluye, asimismo, intervenciones grupales dirigidas a los profesores e individualizadas al propio niño con diagnóstico de TDAH (Moreno y Meneres, 2010). En este programa, adaptado de Barkley (1987) han participado 21 padres (padres y madres) de niños con TDAH, asignados aleatoriamente a esta condición. Han recibido 10 sesiones de entrenamiento intensivo, en grupo, de 90 minutos de duración. Los hallazgos extraídos muestran estabilidad y consolidación en la asistencia a las sesiones por parte de las madres, así como la tendencia progresiva a ausentarse los padres a partir de la quinta sesión (mitad del programa). Entre los resultados, los padres informan de mejoría en las siguientes áreas: comunicación con el niño, adquisición de habilidades relacionadas con prestar atención a comportamientos positivos de sus hijos, mayor conocimiento sobre el TDAH e incremento de habilidades de afrontamiento a situaciones conflictivas. Los resultados obtenidos a través de las escalas administradas pre y post-tratamiento muestran que el entrenamiento en técnicas conductuales mejora el funcionamiento del niño con diagnóstico TDAH en las áreas evaluadas (aprendizaje y escuela, etc.).

Por otro lado, según la revisión realizada por Leins, Goth y Hinterberger (2007), ex-

isten más de 20 estudios científicos que han informado de los efectos positivos del neurofeedback en el TDAH. Los resultados de estos estudios, a juicio de Leins *et al.* (2007), muestran consistencia en la reducción de los síntomas del TDAH a través de variables relacionadas con la atención e inteligencia e informes de padres y maestros sobre impulsividad, hiperactividad y distractibilidad (Monastra *et al.*, 2002). Otros autores, Alambra, Fowler y Alambra (1995) han mostrado también reducción en la dosis de medicación o en algunos casos supresión del fármaco hallazgo también corroborado en una investigación reciente (Lora y Moreno, 2011). En los estudios de metaanálisis de Monastra, Lynn *et al.* (2005) se concluye que aplicando las guías de eficacia establecidas por la *Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback* (AAPB) y la *International Society for Neuronal Regulation* (ISNR) el tratamiento del TDAH por neurofeedback puede considerarse como “probablemente eficaz”: investigaciones posteriores avalan los primeros hallazgos (Moreno, Lora, Meneres y Aires, 2011) y confirman el mantenimiento de los efectos logrados durante el tratamiento con neurofeedback a los seis meses, si bien señalan la necesidad de optimizar e individualizar los protocolos existentes e insertar esta opción terapéutica (NF) en un tratamiento multimodal (Grevensleben *et al.*, 2010).

Limitaciones y directrices futuras

Los estudios realizados han destacado no sólo los resultados, también las limitaciones de los tratamientos y los factores que pueden mermar y condicionar su eficacia.

Respecto a las terapias psicológicas, y, entre éstas, en relación a los *Programas Entrenamiento a Padres* las investigaciones han identificado distintos factores que

mediatizan el éxito de los mismos, entre ellos, destacan: abandono de los programas iniciados y/o de los tratamientos infantiles recomendados (Moreno y Lora, 2006), falta de adherencia a las prescripciones terapéuticas (Robles y Romero, 2011) y participación de progenitores afectados por el trastorno o con existencia de otras patologías. Para atenuar esta influencia se propone desarrollar, por un lado, programas de educación previos al tratamiento/programa seleccionado que hagan hincapié en habilidades pre-requisito exigidas a los adultos, al tiempo que se llevan a cabo sesiones introductorias al programa de entrenamiento protocolarizado. Estas sesiones previas han de ir encaminadas a manejar situaciones de estrés y conflictos maritales dada la influencia que estos factores tienen en la incidencia y severidad de la sintomatología, así como en los resultados de los programas de entrenamiento administrados. En este sentido, han adquirido relevancia las investigaciones encaminadas a desarrollar programas de intervención, destinados a los progenitores de hijos con TC, con el objetivo de prestar apoyo psicológico, atenuar el impacto emocional y desarrollar habilidades para afrontar eficazmente el trastorno en el contexto familiar (McDonnell y Mathews, 2001). Estas intervenciones se desarrollan en torno a dos aspectos destacados (Moreno, 2005): (a) adopción de métodos, iniciativas y estrategias, basadas en principios conductuales y sustentadas en hallazgos científicos, para mejorar el comportamiento infantil disruptivo y (b) control del estrés y optimización de calidad de vida de los padres.

Por otro lado, las elevadas tasas de incidencia de estos trastornos unido a la implicación de distintos profesionales en su evaluación, diagnóstico y tratamiento, sin olvidar la participación cada vez más com-

prometida de los padres en la decisiones terapéuticas e incluso los costes económicos y terapéuticos generados explican, entre otros factores, que, en general, se observe una extensión progresiva del tratamiento farmacológico para tratar el TDAH. Esta circunstancia, de acuerdo con Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas (2009) pudiera hacer pensar que la terapia farmacológica es el tratamiento único y/o preferente para todos los casos, con independencia de la propia severidad del trastorno, la edad del niño y los factores familiares intervinientes, en definitiva de la variabilidad clínica y familiar influyente en cada caso. Como señalan estos autores, se observa un escaso uso de las guías de práctica clínica, sobre todo, en salud mental, obviando las recomendaciones avaladas científicamente respecto a las indicaciones terapéuticas. Por este motivo se recomienda, desde el ámbito clínico, diseñar e implementar criterios de atención asistencial basados en la mayor evidencia conocida.

En cuanto a las limitaciones de terapias prometedoras como el neurofeedback, una de las críticas más consistentes fue realizada por Loo y Barkley (2005) refiriéndose a cuál es el ingrediente activo del tratamiento. En su opinión existen datos para suponer que varios factores no específicos pueden tener responsabilidad sobre el cambio terapéutico. Unos derivan del hecho que los sujetos adscritos a un grupo de neurofeedback pueden pasar entre 17 y 40 horas con un terapeuta de apoyo que les proporciona motivación y reforzamiento social u otro tipo de ayuda aprovechable y otros aluden a que el neurofeedback sólo es una forma más de entrenamiento cognitivo-conductual y que los posibles efectos no derivan de los electrodos, sino del entrenamiento. De este modo, aunque el neurofeedback ha

presentado, hasta la fecha, resultados correlacionales de interés en relación con la sintomatología del TDAH y se considera un método clínicamente eficaz para el tratamiento de este trastorno (Grevenleben, Holl, Albrecht, Schlamp *et al.*, 2010) aún persisten limitaciones metodológicas y terapéuticas que las investigaciones futuras han de tener en cuenta. Algunos de los aspectos destacados para estudios posteriores son los siguientes: (a) necesidad de incorporar procedimientos de aleatorización en la asignación de los participantes a los grupos de estudio; (b) incrementar las muestras y participantes en los estudios; (c) incorporar evaluadores ciegos al tratamiento; (d) precisar las características de las muestras, con referencia a subtipos de TDAH, comorbilidad psiquiátrica y dificultades de aprendizaje y e) desarrollar y optimizar protocolos de tratamiento individualizados.

En relación al TND, muchos de los trabajos centrados en su tratamiento basan en estudios comórbidos de TDAH con TND y/o con TD, motivo por el cual apenas existen investigaciones basadas en la evidencia y referidas al tratamiento del TND como trastorno único. Por otro lado, son necesarias futuras investigaciones que intenten analizar y comparar la eficacia del tratamiento farmacológico y psicológico, ya sea de forma aislada o conjunta, en el tratamiento del TND con o sin comorbilidad, para clarificar, de este modo, los tratamientos alternativos más efectivos para cada caso.

Por último, a modo de síntesis, las publicaciones científicas muestran varias líneas de investigación en relación a los tratamientos psicológicos empleados en los TC que las investigaciones venideras habrán de desarrollar. Son las siguientes: (a) desarrollo de protocolos estandarizados de tratamien-

to, teniendo en cuenta el contenido técnico de las terapias seleccionadas; (b) eficacia de los tratamientos haciendo hincapié en la determinación de los componentes críticos de la terapia, considerando también los costes y efectos no programados y (c) nuevos estudios para determinar la eficacia de las terapias alternativas, entre ellas el neurofeedback, actualmente considerado un tratamiento “probablemente eficaz” que requiere, no obstante, nuevas investigaciones que indaguen en su eficacia a partir de protocolos individualizados e insertos en programas más amplios de naturaleza multimodal.

Referencias

- Aláez, F.M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Alda, J.A., Arango, C., Castro, J. Petitbó, M.D., Soutullo, C. y San L. (Coords.) (2009). *Trastornos del comportamiento en la infancia y adolescencia. ¿Qué está sucediendo*. Espulgues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu.
- Alhambra, M.A., Fowler, T.P., y Alhambra, A.A. (1995). EEG Biofeedback: A new treatment option for ADD/ADHD. *Journal of Neurotherapy*, 2, 39-43.
- Aman, M.G., De Smedt, G., Derivan, A., Lyons, B. *et al.* (2002) Double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of disruptive behaviors in children with subaverage intelligence. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1337-1346.
- American Academy of Pediatrics (2001). Clinical practice guideline: treatment of the school-age child with attention-deficit

- /hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108, 1033-1044.
- American Academy of Pediatrics. (2010). Evidence-Based Child and Adolescent Psychosocial Interventions En American Academy of Pediatrics, *Addressing mental health concerns in primary care: A Clinicians's Toolkit*. [Disponible en www.aap.org/mentalhealth].
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revised*. Washington, DC: APA.
- Angulo, M.C., Fernández, C., García, F.J., Giménez, A., Ongallo, C.M., Prieto, I. y Rueda, S. (2010). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos graves de conducta*. Sevilla: Consejería de Educación, Junta de Andalucía.
- Angulo, R., Jané, M.C., Bonillo, A., Viñas, F, Corcoll-Champredonde, A., González, G., Zepeda, R.M., Dos Santos, N.C. y Carbonès, J. (2010). Evaluación de la sintomatología negativista desafiante en niños de seis a ocho años: concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*, 22, 455-459.
- Augimeri, L.K., Farrington, D.P., Koegl, C.J. y Day, D.M. (2007). The SNAP under 12 outreach project: effects of a community based program for children with conduct problems. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 799-807.
- Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, Faraone, S., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.C., Sonuga-Barke y Taylor, E. (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. Asystematic review and European treatment guideline. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, 476-495.
- Bauermeister, J.J., Shrout, P., Ramírez, R., Bravo, M., Alegría, M., Martínez-Taboas, A., Chávez, L, Rubio-Stipec, M., García, P., Ribera, C. y Canino, G. (2007). ADHD. Correlates, comorbidity and impairment in community and treated samples of children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 883-898.
- Barkley, R.A. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. Nueva York: Guilford.
- Barkley, R.A., Cook, E., Diamond, A., Zametkin, A., Thapar, A., Teeter, A. et al., (2002). International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 89-111.
- Barkley, R.A., Edwards, G.H. y Robin, A.L.(1999). *Defiant Teens: A clinician's manual for assessment and family intervention*. Nueva York: Guilford Press.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez-Bernardos, M., Bersabe, R., Loriga, A. y Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clinica y Salud*, 6, 67-82
- Bywater, T.J., Hutchings, J.M., Gridley, N. y Jones, K. (2011). Incredible Years Parent Training support for nursery staff working within a disadvantaged flying start area in Wales: A Feasibility Study *Child Care in Practice*, 17, 285-302.
- Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA) (2008) *Canadian ADHD Practice Guidelines (2nd Ed)*. Toronto: CADDRA.
- Cautilli, J.D. y Tillman, T.C. (2004). Evidence based practice in the home and school to help educate the socially maladjusted child. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 1, 28-48.
- Chen, A, Chang, R. (2002). Factors associated with prescription drug expenditures

- among children: An analysis of the Medical Expenditure Panel Survey. *Pediatrics*, 109, 728-732.
- Chronis, A.M., Chacko, A., Fabiano, G.A., Wymbs, B.T. y Pelham, W.E. (2004). Enhancements to the standard behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1-27.
- Chronis, A.M., Jones, H.A. y Raggi, V.L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 486-502.
- Cincinnati Children's Hospital Medical Center (2004). *Evidence based clinical practice guideline for outpatient evaluation and management of attention deficit/hyperactivity disorder*. Cincinnati: CCHMC.
- Connor, D.F., Glatt, S.J., Lopez, I.D., Jackson, D., Melloni, R.H. (2002). Psychopharmacology and aggression I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 253-261.
- Connor, D.F., Steeber, J. y McBurnett, K. (2010). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31, 427-440.
- Costello, E.J., Compton, S.N., Keeler, G. y Angold, A. (2003). Relationships between poverty and psychopathology. *Journal of the American Medical Association*, 290, 2023-2029.
- Cuervo, G.F., Andrés, C.J., Domingo, E., Estrada, A.I., De la Fuente, A., Guardia, R., Laiglesia, M., Llorente, R.M., Pallás, M.J. y Villanueva, G. (2009). *Déficit de atención: aspectos generales. Protocolo de intervención, diagnóstico y tratamiento*. Zaragoza: Departamento de Educación, Cultura y Deporte, Gobierno de Aragón.
- Curtis, N.M., Ronan, K.R. y Borduin, C.M. (2004). Multisystemic treatment: A meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411-419.
- De la Peña-Olvera, F.R. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Pública Mexicana*, 45 (1), 124-131
- DuPaul, G. y Weyandt, L.L. (2009). Behavioral interventions with externalizing disorders. En A. Akin-Little, S. Little, M. Bray y T. Kehle (Eds.), *Behavioral interventions in schools: Evidence-based positive strategies*. Nueva York: American Psychological Association.
- Eyberg, S.M., Boggs, S.R. y Algina, J. (1995). Parent-child interaction therapy: A psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 83-91.
- Fabiano, A.G., Pelham, E.W., Coles, K.E., Gnagy, M.E., Chronis-Tuscano, A. y O'Connor, C.B. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29, 129-140.
- Faraone, S.V. y Buitelaar, J. (2010). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 353-364.
- Faraone, S.V. (2009). Using meta-analysis to compare the efficacy of medications for attention-deficit/hyperactivity disorder in youths. *P&T*, 34, 678-694.

- Farmer, E.M., Compton, S.N., Burns, B.J. y Robertson, E. (2002) Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1267-1302.
- FEAADAH (2010). *Guía de actuación en la escuela ante el alumno con TDAH*. Cartagena: FEAADAH
- Fergusson, D., Boden, J. y Horwood, J. (2010). Classification on behavior disorders in adolescence: Scaling methods, predictive validity and gender differences. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 699-712.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M. y Horwood, L.J. (2010). Classification of behavior disorders in adolescence: Scaling methods, predictive validity, and gender differences. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 699-712.
- Fernandez, M.A. y Eyberg, S.M (2005): Keeping Families In Once They've Come Through the Door: Attrition in Parent-Child Interaction Therapy. *Journal of Early and Intensive Behavioral Intervention*, 2, 207-214.
- Fombonne, E. (2002). Case identification in an epidemiological context. En M. Rutter y E. Taylor (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: England. Blackwell.
- Gevensleben, H., Holl, B., Albrecht, B., Schlamp, D., Kratz, O., Studer, P., Rothenberger, A., Moll, G. y Heinrich, H. (2010). Neurofeedback training in children with ADHD: 6-month follow-up of a randomised controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 715-724.
- Goldfine, M.E., Wagner, S.M., Branstetter, S.A., y McNeil, C.B. (2008). Parent-Child Interaction Therapy: An Examination of Cost-Effectiveness. *Journal of Early and Intensive Behavioral Intervention*, 5, 119-132.
- Greenberg, M.T., Kusche, C.A., Cook, E.T., y Quamma, J.P. (1995). Promoting emotional competence in school-aged children: The effects of the PATHS curriculum. *Development and Psychopathology*, 7, 117-136.
- Greene, R.W. (1998). *The explosive child: understanding and parenting easily frustrated 'chronically inflexible' children*. Nueva York: Harper Collins.
- Greene, R.W. y Doyle, A.E. (1999). Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant disorder: Implication for treatment and assessment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 129-148.
- Grizenko, M.D.N. y Pawliuk, M.A.N. (1994). Risk and protective factors for disruptive behavior disorders in children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64 (4), 534-544.
- Grupo de Consenso Multidisciplinar en TDAH (2005). *I Simposium de actualización en TDAH (infancia, adolescencia y adultos)*. Presentación de las Conclusiones del Grupo de Consenso Multidisciplinar en TDAH. Barcelona: Ediciones Médicas.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (2007). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM nº 2007/18.
- Hamilton, A.M., Fowler, J.L., Hersch, B., Hall, C., Finn, S.E., Tharinger, D.J. y

- Arora, P. (2009). "Why can't my parents help me?" Therapeutic assessment of a child and her family. *Journal of Personality Assessment*, 91, 108-120.
- Harpin, V. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family and community from preschool to adult. *Archives of Disease in Childhood*, 1, 2-7.
- Heflinger, C. y Humphreys, K. (2008). Identification and treatment of children with oppositional defiant disorder: A case study of one state's public service system. *Psychological Services*, 5, 139-152.
- Henggeler, S.W. (1999). Multisystemic therapy: An overview of clinical procedures, outcomes, and policy implications. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 4, 4-9.
- Henggeler, S.W., Rowland, M.D., Randal, J, Ward, D. y Pickresl, S.G. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. Clinical outcomes. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1331-1339.
- Hinshaw, S.P. (1991). Stimulant medication in the treatment of aggression in children with attention deficits. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 20, 301-312.
- Institute for Clinical Systems Improvement. (2007). *Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in Primary Care for school age children and adolescents (7th Ed.)*. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement.
- Justicia, G.M. J. y Cantón, D.J. (2011). Conflictos entre padres y conducta agresiva y delictiva en los hijos. *Psicothema*, 23, 20-25.
- Kam, C.M., Greenberg, M. y Kusche, C. (2004). Sustained effects of the PATHS curriculum on the social and psychological adjustment of children in social and psychological adjustment of children in special education. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 12, 66-78.
- Kazdin A.E. (2005). *Parent management training. Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. Oxford: University Press.
- Kazdin, A.E., Marciano, P.L., y Whitley, M. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 726-730.
- Kazdin, A.E., Siegal, T., y Bass, D. (1992). Cognitive problem solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behaviour in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.
- Keown, J.L., Woodward, J.L. (2002) Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 541-553.
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S.J., Buitelaar, J., Van Daalem, E., Fegert, J., Findling, R.L., Fisman, S., Geenhill, L.L., Huss, M., Kusumakar, V., Pine, D., Taylor, E. y Tyano, S. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDS): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14, 11-28.
- Lasa-Zulueta, A. y Jorquera-Cuevas, C. (2009). *Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e*

- hiperactividad*. Vitoria: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco.
- Leins, U., Goth, G., Hinterberger, T., Klinger, C., Rumpf, N. y Strehl, U. (2007). Neurofeedback for children with ADHD: A comparison of SCP and Theta/Beta protocols. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 32, 73-88.
- Lesesne, A.C., Visser, N.S., White, P.C. (2003). Attention-Deficit /Hyperactivity disorder in school-age children: Association with maternal mental health and use of health care resources. *Pediatrics*, 111, 1232-1237.
- Lochman, J.E., Dunn, S. y Klimes-Dougan, B. (1993). An intervention and consultation model from a social cognitive perspective: A description of the anger coping program. *School Psychology Review*, 22, 458-471.
- Lochman, J.E., Burch, P.R., Curry, J.F. y Lampron, L.B. (1984). Treatment and generalization effects of cognitive-behavioral and goal-setting interventions with aggressive boys. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 52, 915-916.
- Loo, S.K. y R.A. Barkley (2005) Clinical utility of EEG in attention deficit hyperactivity disorder. *Applied Neuropsychology*, 12, 64-76.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., Fernández, V. y López, J.A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21, 353-358.
- Lora, J.A. y Moreno, I. (2010). Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención en escolares: comparación entre criterios diagnósticos y criterios clínicos. *Behavioral Psychology*, 18, 365-384.
- Lora, J.A. y Moreno, I. (2011). Aportación del Neurofeedback a los tratamientos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Estudios de Casos. En I., Zych, E.L., Ferrer y D.Y. Roca (Coords.), *IX Congreso Nacional de Psicología Clínica*. San Sebastián. Asociación Española de Psicología Conductual.
- Mandal, R.L., Olmi, D.J., Edwards, R.P., Tingstrom, D.H., y Benoit, D.A. (2000). Effective instruction delivery and time-in: Positive procedures for achieving child compliance. *Child and Family Behavior Therapy*, 22, 1-12.
- Mash, E.J. y Barkley, R.A. (Eds.) (1998). *Treatment of Childhood Disorders*. New York: Guilford Press.
- McDonnell, K. y Mathews, L. (2002). Promoting enhanced parenting: A group for caregivers of children diagnosed with AD/HD. *Journal for Specialists in Group Work*, 26, 276-288
- McMahon, R.J., y Forehand, R. (2003). *Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behaviour (2nd Ed.)*. Nueva York: Guilford Press.
- Michelson D., Faries, D., Wernicke, J. Kelsey, D., Kendrick, K., Sallee, F.R., Spencer, T. (Atomoxetine ADHD Study Group) (2001). Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, placebo-controlled, dose-response study. *Pediatrics*, 108, 83.
- New Zealand Ministry of Health (2001). New Zealand guidelines for the assessment and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Wellington: Ministerio of Salud de Nueva Zelanda.
- Monastra, V.J., Lynn, S., Linden, M., Lubar, J.F., Gruzelier, J. y La Vaque, T.J. (2005). Electroencephalographic biofeedback in the treatment of attention-deficit/Hyperactivity disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30, 95-114.

- Monastra, V.J., Monastra, D.M. y George, S. (2002). The effects of stimulant therapy, EEG biofeedback, and parenting style on the primary symptoms of attention-deficit/Hyperactivity disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27, 231-249.
- Moreno, I. (2005). *El niño hiperactivo*. Madrid. Pirámide.
- Moreno, I. (2007). Intervención psicológica en las familias de niños afectados por trastorno hiperactivo-atencional. *Anales de Psiquiatría*, 23 (3), 156.
- Moreno, I. y Lora, J.A. (2006). Abandonos terapéuticos registrados en el ámbito de la hiperactividad y los trastornos del comportamiento. Influencia de variables individuales y familiares. *Análisis y Modificación de Conducta*, 43, 420-450.
- Moreno, I. y Meneres, S. (2010). Intervención conductual en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad a través de los padres que reciben entrenamiento intensivo. *VII Congreso Iberoamericano de Psicología*. Oviedo.
- Moreno, I., Lora, J.A., Aires, M.M y Meneres, S. (2011). Tratamiento de neurofeedback en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Efectos registrados a partir de medidas neurológicas. En I. Zych, E.L. Ferrer y D.Y. Roca (Coords.). *IX Congreso Nacional de Psicología Clínica*. San Sebastián. Asociación Española de Psicología Conductual.
- Moreno, I., Verdugo, J.A., Aires, M.M y Meneres, S. (2010). Inteligencia y sintomatología asociada en niños con diagnóstico de TDAH y menores con síntomas hiperactivos. *VII Congreso Iberoamericano de Psicología*. Oviedo.
- MTA Cooperative Group (2004). National institute of mental health multimodal treatment study of ADHD follow-up: Changes in effectiveness and growth after the end of treatment. *Pediatrics*, 113, 762-769.
- Naik-Polan, A.T. y Budd, K. (2008). Stimulus generalization of parenting skills during parent child interaction therapy. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 5, 71-91
- Nathan, P., Gorman, J. y Salkind, N. (2002). *Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan*. Madrid: Alianza. (publicación original de 1999).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Londres: NICE.
- Pliszka S. y AACAP Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 894-921
- Riccio, C., Sullivan, J. y Cohen, M. (2010). *Neuropsychological assessment and intervention for childhood and adolescent disorders*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Robles, P.Z. y Romero, T.E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 27, 86-101.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2001). *Attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline*. Edimburgo: SIGN.
- Shaffer, A., Kotchick, B.A., Dorsey, S. y Forehand, R. (2001) The past, present and future of behavioural parent training: Interventions for child and adolescent pro-

- blem behaviour. *The Behaviour Analyst Today*, 2, 91-105.
- Shelef, K. y Diamond, G.M. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 689-698.
- Smith, J.D. y Handler, L. (2009). "Why do I get in trouble so much?". A family therapeutic assesment case study. *Journal of Personality Assesment*, 91, 197-210.
- Smith, J.D., Handler, L. y Nash, M.R. (2011). Therapeutic assesment for preadolescent boys with oppositional defiant disorder: a replicated single-case time-series design. *Psychological Assesment*, 22, 593-602.
- Smith, J.D., Wolf, N-J., Handler, I, y Nash (2009) Testing the effectiveness of family therapeutic assesment: A case study using a time-series design. *Journal of Personality Assesment*, 91, 518-536.
- STILL (2007). *Guía práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH*. Mallorca: STILL, Asociación Balear de padres de niños con TDAH.
- Taylor E. (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disoders. A systematic review and European treatment guideline. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 476-495.
- Taylor, T.K., Schmidt, F., Pepler, D y Hodgins, C, (1998) .A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's parents and children series in a children's mental health center: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 29. 221-240.
- Tharinger, D.J. y Finn, S.E. (2007). Therapeutic assesment with a child as a family intervention: A clinical and research case study. *Psychology in the Schools*, 44, 293-309.
- Turgay, A (2009) Psychopharmacological treatment of oppositional defiant disorder. *CNS Drugs*, 23, 1-17.
- University of Michigan Health System (2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder*. Ann Arbor: UMHS
- Waschbusch, D.A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive/impulsive/attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, 128, 118-150.
- Webster-Stratton, C. Reid, M.J. y Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child and teacher training. *Journal of clinical Child & Adolescent Psychology*, 33, 105-124.
- Webster-Stratton, C.H., Reid, M.J. y Beauchaine, T. (2011). Combinig parent and child training for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 191-203.
- Wymbbs, B.T. y Pelham, W (2010). Child effects on communication between parents of youth with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 366-375.