

EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS INFANTILES: RESULTADOS, VARIABLES MODULADORAS Y PERSPECTIVAS FUTURAS

Inmaculada Moreno García
Alfonso Blanco Picabia

Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

RESUMEN

La eficacia de los tratamientos constituye uno de los criterios prioritarios para la selección del tratamiento a aplicar en cada caso, sin embargo, hasta el momento las investigaciones sobre efectos de la psicoterapia infantil son limitadas. Los estudios realizados se han interesado por los resultados de técnicas aplicadas a un reducido grupo de trastornos, preferentemente trastornos de conducta, aplazando la investigación sobre parámetros relevantes y variables influyentes. En este trabajo se revisan los resultados de los tratamientos infantiles extraídos de revisiones cualitativas y meta-análisis. Se estudian las variables contextuales, individuales y los factores relacionados con el tratamiento que influyen en los resultados clínicos, al tiempo que se analizan limitaciones y aspectos críticos, haciendo referencia a las discrepancias entre investigación y práctica clínica. Por último, se plantean líneas de investigación y perspectivas futuras sobre eficacia terapéutica en el ámbito infantil.

Palabras clave: EFICACIA, RESULTADOS, TRATAMIENTOS, NIÑOS, INVESTIGACIÓN, PRÁCTICA CLÍNICA

SUMMARY

Treatment effectiveness is one of the central criteria upon which the intervention of choice for individual cases should be selected. Nevertheless, there is a limited pool of research on the outcomes of child psychotherapy. When research results are available they tend to focus on the effectiveness of a limited number of intervention techniques as they have been applied to a restricted scope of disorders, mainly behavior disorders. Investigation over relevant parameters and variables has been delayed. This work reviews the effectiveness of child treatments that have been collected through qualitative revisions and meta-analysis. Contextual and individual variables as well as other treatment related factors have been studied. Issues regarding treatment limitations are analyzed, as well as the differences between clinical research and clinical practice. In addition, recommendations regarding future lines of investigation on child treatment efficacy are presented.

Key Words: EFFECTIVENESS, FINDINGS, OUTCOMES, TREATMENTS, CHILD, RESEARCH, CLINICAL PRACTICE.

1. INTRODUCCIÓN

La investigación acerca de la eficacia de los tratamientos administrados a niños goza de una historia reciente pues, a excepción de los primeros trabajos realizados por Levitt (1957, 1963), los esfuerzos por investigar de manera consistente los efectos de los distintos tratamientos aplicados en la infancia han sido comparativamente inferiores a las iniciativas emprendidas para investigar los resultados obtenidos con adultos. Ahora bien, como han puesto de manifiesto distintas revisiones globales sobre el tema, en los últimos años se han producido notables avances en este sentido (Kazdin, 1993). Sin menospreciar algunos aspectos críticos, relacionados esencialmente con la validez interna de las investigaciones publicadas, la investigación sobre resultados es, en este ámbito, más diversa, extensa y metodológicamente más correcta de lo que tradicionalmente se presupone. Ha aumentado la preocupación por aportar datos sobre tratamientos eficaces, al tiempo que crece la publicación

de estudios controlados y mejora el rigor metodológico de las investigaciones realizadas (Clarke, 1995).

En cualquier caso asistimos a un interés general, renovado y acrecentado en los últimos tiempos, por identificar los tratamientos empíricamente validados y difundir los resultados eficaces obtenidos. No cabe duda que la elaboración en 1993 del informe Task Force sobre Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos, su publicación en 1995 (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) y posterior actualización (Chambless, Sanderson, Shoham, Johnson, Pope, Crits-Christoph, Baker, Johnson, Woods, Sue, Beutler, Williams y McCurry, 1996) ha contribuido a incrementar la preocupación general por evaluar los efectos terapéuticos, el impacto, general y específico, que origina el tratamiento, así como los factores que mediatizan los resultados clínicos.

En suma, la polémica y discusión sobre estas cuestiones cobra un especial relieve en la actualidad, de manera que los datos sobre eficacia terapéutica se han convertido en uno de los criterios determinantes para seleccionar el tratamiento a administrar en cada caso, situación que probablemente se prolongará en el futuro, si, tal como se prevé, la necesidad de evaluar los tratamientos basados en manuales se convierte en una exigencia científica y social (Becoña, 1998).

Por lo que se refiere al contexto infantil el auge por analizar los efectos de la psicoterapia en estas edades se desarrolla sobre todo con el inicio de la década actual, aunque si bien es cierto que a mediados de los años ochenta se realizaron diferentes revisiones cualitativas y meta-análisis (Casey y Berman, 1985) que abrieron la puerta a sucesivos meta-análisis y numerosas investigaciones publicadas posteriormente (Kazdin, 1990, 1993, 1995; Shirk y Russell, 1992). En la actualidad es tal el interés por el tema que las revistas *Journal of Consulting and Clinical Psychology* y *Journal of Clinical Child Psychology* han dedicado en los últimos años, 1995 y 1998 respectivamente, secciones monográficas destinadas a profundizar en los resultados contrastados, los factores implicados en el éxito y fracaso terapéutico, así como los criterios y directrices para validar empíricamente distintas actuaciones clínicas llevadas a cabo con niños (Hoagwood, Hibbs, Brent y Jensen, 1995).

Ahora bien, en el ámbito infantil el interés por la investigación de resultados se apoya además en argumentos específicos, derivados esencialmente de la población en la que se administran los tratamientos y de la propia naturaleza de las disfunciones clínicas. Se trata de los siguientes planteamientos:

a) En primer lugar, hemos de hacer hincapié en el alcance social y clínico que adquieren las distintas alteraciones y trastornos que presentan los niños. En este sentido, basta indicar que los datos extraídos de investigaciones epidemiológicas muestran un índice aproximado de psicopatología en niños y adolescentes que oscila entre el 12 y 20% (Lonigan, Elbert y Johnson, 1998). Los trastornos de conducta, ansiedad, eliminación y depresión constituyen las alteraciones diagnosticadas con más frecuencia en estas edades (Bragado, Carrasco, Sánchez, Bersabe, Loriga y Monsalve, 1995).

b) Es preciso recordar asimismo, que incluso las estimaciones más conservadoras reflejan un panorama de hasta 230 técnicas de tratamiento empleadas actualmente con niños y adolescentes, la mayoría de las cuales no han sido sometidas a control experimental alguno (Kazdin, 1990).

c) Por otro lado, es apreciable el distanciamiento existente, también en el contexto infantil, entre la investigación y la práctica clínica. Desde ambos ámbitos apenas existe coincidencia en los objetivos perseguidos y en los individuos a quienes se aplican los tratamientos. Circunstancia que, obviamente, dificulta la generalización de los hallazgos extraídos de investigaciones con análogos a la práctica clínica con niños (Clarke, 1995).

d) Los trastornos infantiles objeto de tratamiento quedan lejos de responder a conceptos y planteamientos ya superados que abundaban en la existencia de una conducta problema, foco del tratamiento. Es sabido que los niños presentan síntomas característicos de varias alteraciones de manera que la comorbilidad es un fenómeno admitido en el ámbito infantil. Son notables y consistentes las pruebas que muestran cómo muchos trastornos infantiles coexisten, mención expresa merece la vinculación del trastorno de conducta con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad por un lado, del autismo con el retraso mental y la ansiedad con los desórdenes afectivos por otro (Kazdin, 1991).

Así pues, cabe suponer que la comorbilidad de los trastornos apreciados en la infancia repercute directa y activamente en el diseño y aplicación de las terapias infantiles. En estas edades el tratamiento se ha enfocado tradicionalmente hacia la alteración clínica más relevante y perturbadora, sin embargo, no cabe duda que en la actualidad es ésta una opción insatisfactoria e incompleta.

Desde distintos puntos de vista se indica que el modo de proceder idóneo para responder al factor de comorbilidad debiera implicar una actuación integrada que consistiera en evaluar inicialmente al niño en múltiples áreas de funcionamiento, escolar, social, familiar y aplicar posteriormente tratamientos múltiples integrados por distintos componentes terapéuticos dirigidos a cada área o disfunción afectada. En este sentido, Kazdin (1995) propone un marco general de actuación que incluye tratamiento cognitivo, reforzamiento en la escuela, terapia de familia y entrenamiento a padres. Si bien en algunos trastornos, entre ellos el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, esta propuesta se acompaña de la aplicación combinada de los procedimientos cognitivos-conductuales con tratamiento farmacológico. Se trata en definitiva, de planteamientos y propuestas de intervención que constituyen un reto para la investigación sobre resultados en los próximos años.

2. TRATAMIENTOS INFANTILES: RESULTADOS Y VARIABLES INFLUYENTES

2.a. Evaluación de los resultados terapéuticos

Es sabido que entre los objetivos de la psicoterapia se encuentra además de precisar los efectos clínicos, identificar tanto las técnicas que resultan ser más efectivas, como determinar aquellas variables que influyen en los efectos terapéuticos, sin olvidar asimismo, analizar los procesos o mecanismos del cambio conductual. Intentar dar respuesta satisfactoria a estos objetivos constituye una tarea árdua y compleja, no exenta de obstáculos y dificultades. No obstante, es preciso reconocer que se han producido ciertos avances en este sentido.

Tratando de redefinir el panorama actual y como paso previo a la adopción de criterios más exigentes en cuanto a la identificación

de los tratamientos empíricamente validados, tal como se propone en el Informe Task Force (1995), las revisiones generales más recientes sobre el estado actual de la psicoterapia infantil han tratado de sistematizar los hallazgos existentes aportando ciertas consideraciones de interés referidas a la naturaleza de los tratamientos evaluados, duración de las terapias, trastornos más investigados y resultados de seguimiento, entre otros aspectos (Kazdin, 1991, 1995) (Tabla 1). Asimismo, se han efectuado diversos meta-análisis con el objetivo de averiguar los efectos de diferentes acercamientos terapéuticos, así como la eficacia de técnicas específicas administradas para tratar disfunciones individuales (Tabla 2).

Tabla 1.- Investigación de resultados en psicoterapia infantil. Fuente: Kazdin, (1995), Durlak, Wells, Cotten, y Johnson (1995)

1. Investigación centrada en los efectos de técnicas concretas.
2. Escasa atención a los parámetros del tratamiento.
3. Los estudios de resultados se basan mayoritariamente en diseños cuasi-experimentales.
4. Escasa administración de tratamientos a largo plazo.
5. Evaluación inmediata del tratamiento, una vez finalizado. Apenas se aportan datos de seguimiento.
6. El área más investigada (aproximadamente el 50% de la investigación sobre resultados) es la referida a los problemas de conducta.
7. Los tratamientos tienen una duración breve, aproximadamente 1h/ sesión durante 8-10 semanas.
8. El rango medio de edad de los niños tratados oscila entre 6 - 10 años.
9. Escasez de estudios sobre tratamientos no conductuales.
10. Distanciamiento entre la investigación y práctica clínica.

Como se indica en la Tabla 1, las investigaciones controladas se han centrado en técnicas concretas, preferentemente, conductual-cognitivas. Cabe indicar que aproximadamente el 70% de los trabajos sobre eficacia terapéutica ha analizado los efectos de los procedimientos conductuales (50%) e intervenciones cognitivas-conductuales (22%), respectivamente. Salvo excepciones, entre ellas la investigación realizada por Shirk y Russell (1992), otras orientaciones terapéuticas apenas han sido objeto de atención (Kazdin, Bass, Ayers y Rodgers, 1990).

El rango de problemas sobre los que se han realizado estudios controlados es limitado, de éstos el 50% aproximadamente se ha centrado en los problemas de conducta. Sin embargo, los textos publicados sobre psicoterapia infantil abundan en trastornos ampliamente tratados en la práctica clínica pero apenas considerados en investigaciones controladas. Asimismo, otras alteraciones y trastornos infantiles entre ellos, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos por tics, anorexia, maltrato, abuso sexual, etc son escasamente abordadas tanto en estudios teóricos como controlados (Kazdin, 1995).

Por otro lado, los tratamientos administrados a niños entre 6 y 10 años, son breves. Las sesiones suelen prolongarse durante 1 hora finalizando el tratamiento en torno a 2 meses aproximadamente. Si bien el número de sesiones necesario para obtener éxito terapéutico depende obviamente del trastorno, Gavino y Godoy (1993) estiman en 7 las sesiones necesarias para el Entrenamiento en Habilidades Sociales y 2 para garantizar eficazmente el Entrenamiento en Solución de Problemas a niños. Asimismo, los efectos producidos por la terapia se han evaluado inmediatamente, una vez concluido el tratamiento, sin apenas aportar datos sobre seguimiento (Clarke, 1995).

Desde otra perspectiva, distintos meta-análisis (Casey y Berman, 1985; Weisz, Weiss, Alické y Klotz, 1987; Kazdin, Bass, Ayers y Rodgers, 1990; Weisz, Weiss, Han, Granger y Morton, 1995) han pretendido analizar los efectos de la psicoterapia infantil. Con esta finalidad se han revisado 300 investigaciones publicadas entre 1952 y 1993, oscilando el rango de edad de los niños estudiados entre 2 y 18 años (Tabla 2). A tenor de los resultados extraídos, aproximadamente el 76% de los niños tratados mejoraron más tras el trata-

miento en comparación con los niños controles, no tratados. En cualquier caso, por el tamaño de los efectos encontrados (entre .71 y .88) puede indicarse que éstos son similares a los efectos conocidos de la psicoterapia con adultos (Weisz, Donenberg, Han y Weiss, 1995; Weisz, Weiss, Han, Granger y Morton, 1995; Weisz y Hawley, 1998).

Tabla 2.- Meta-análisis efectuados para evaluar la efectividad de los tratamientos administrados a niños

AUTOR	PERIODO REVISADO	EDAD NIÑOS	TAMAÑO DE EFECTO
Casey y Berman (1985)	1952-1983	Hasta 12 años	.71
Weisz, Weiss, Alicke y Klotz (1987)	1952-1983	4-18 años	.79
Kazdin, Bass, Ayers y Rodgers (1990)	1970-1988	4-18 años	.88
Weisz, Weiss, Han, Granger y Morton (1995)	1967-1993	2-18 años	.71

Avanzando en esta dirección, cuando se han comparado y observado diferencias entre distintos acercamientos terapéuticos, éstas favorecen a las aproximaciones conductuales de acuerdo con el tamaño de los efectos hallados, entre .85 y .44 para tratamientos conductuales y no conductuales, respectivamente (Weiss y Weisz, 1995). En un trabajo previo Weisz, Weiss, Alicke y Klotz, (1987) indicaban que esta superioridad apreciada a través de niveles de edad, grupos tratados y experiencia del terapeuta, se encuentra directamente relacionada con la metodología, más rigurosa empleada en las investigaciones conductuales. Conclusiones similares han sido planteadas a partir de revisiones cualitativas realizadas con objetivos similares (Martínez-Taboas y Francia-Martínez, 1992).

Sin embargo, tales hallazgos no se encuentran exentos de cierta discusión y controversia. Para algunos autores la comparación entre terapia conductual y no conductual aún puede ser prematura, básicamente porque la investigación existente estima de manera errónea la efectividad de la psicoterapia no conductual. Shirk y Russell (1992), entre otros, consideran que siendo evidente la relación entre controles metodológicos y efectividad del tratamiento, y ante las limitaciones por ajustar el rigor metodológico en los trabajos sobre psicoterapia no conductual, los esfuerzos en este área debieran aplazar las comparaciones de resultados y en consecuencia, no insistir en la equivalencia entre terapias sino más bien, en neutralizar ambos planteamientos desde un parámetro común, esto es, controles metodológicos de los que adolecen las investigaciones no conductuales estudiadas hasta el momento.

Dejando atrás el debate centrado en averiguar qué tratamientos son generalmente más efectivos para todos los trastornos, algunos meta-análisis, en el ámbito que nos ocupa, han avanzado hacia cuestiones más específicas y se han interesado por los efectos de los tratamientos empleados para resolver problemas infantiles. Entre ellos cabe destacar, impulsividad (Baer y Nietzel, 1991), problemas de adaptación social (Durlak, Furhrman y Lampman, 1991), agresividad e inhibición social (Petermann y Bochmann, 1993) y obesidad (Haddock, Shadish, Klesges y Stein (1994). Los resultados de estos trabajos muestran que tratándose de problemas de adaptación social, el tamaño de efecto varía según la edad de los niños. Respecto al tratamiento de la agresividad e inhibición social hay que indicar, que si bien las técnicas conductuales resultaron ser más efectivas en ambas alteraciones, en el período de seguimiento las mejorías sólo se mantuvieron entre los niños tímidos. En relación al tratamiento de la obesidad, los datos obtenidos revelan que los programas integrados por técnicas de modificación de conducta resultan más eficaces para bajar de peso.

Por otro lado, la publicación del informe Task Force (1995) ha supuesto un avance considerable para la evaluación de los distintos tratamientos psicológicos, no sólo porque defiende claramente planteamientos que hacen referencia a la especificidad frente a propuestas generalistas y globales sino, porque ha planteado la distinción entre dos categorías, a saber: *Tratamientos bien establecidos* y

Tratamientos probablemente eficaces. En dicho informe se concreta con precisión cuáles son los criterios que deben cumplir los tratamientos para o bien, entrar en una de estas categorías o bien, quedar excluido, como inefectivo, en caso de no cumplir ninguno de ellos. Estos criterios, adaptados por Lonigan, Elbert y Johnson (1998) cuando se aplican a los tratamientos empleados para los trastornos infantiles, aparecen reflejados en la Tabla 3.

Tabla 3.- Criterios para los Tratamientos Empíricamente Validados aplicados a los trastornos infantiles (Lonigan, Elbert y Johnson, 1998)

TRATAMIENTOS BIEN ESTABLECIDOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Al menos dos buenos diseños experimentales entre grupos, realizados por diferentes equipos de investigación, demostrando que el tratamiento es: <ol style="list-style-type: none"> a) superior al placebo u otro tratamiento alternativo. b) equivalente a un tratamiento ya establecido en experimentos con un tamaño de muestra adecuado. o 2. Una amplia serie de diseños experimentales de caso único ($n > 9$) habiendo: <ol style="list-style-type: none"> a) usado buenos diseños experimentales, y b) comparado la intervención con otro tratamiento. 3. La intervención será realizada empleando manuales de tratamiento, y 4. Las características de las muestras deberán estar claramente especificadas.
TRATAMIENTOS PROBABLEMENTE EFICACES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dos estudios mostrando que la intervención es mas efectiva (superior) a un grupo control (p. ejm. grupo de lista de espera). o 2. Dos diseños experimentales entre grupos cumpliendo los criterios de los tratamientos bien establecidos dirigidos por el mismo investigador. o 3. Una pequeña serie de diseños experimentales de caso único ($n > 3$) que también cumplen los criterios de los tratamientos bien establecidos y 4. La intervención será realizada empleando manuales de tratamiento. y 5. Las características de las muestras han de estar claramente especificadas.

Cabe añadir que la última revisión del Informe Task Force (Chambless, Sanderson, Shoham, Johnson, Pope, Crits-Christoph, Baker, Johnson, Woods, Sue, Beutler, Williams y McCurry, 1996), con referencia a los problemas tratados en la infancia, incluye entre los *Tratamientos bien establecidos*, Modificación de Conducta para la enuresis y Programas de Entrenamiento de padres para niños con conductas de oposición. El apartado de *Tratamientos probablemente eficaces* lo integran: Modificación de conducta de la encopresis, Terapia cognitivo-conductual para niños ansiosos (ansiedad elevada, ansiedad de separación y trastornos de evitación), Exposición para la fobia simple, Entrenamiento en manejo de la ansiedad familiar para trastornos de ansiedad y, en relación a los problemas de salud, Terapia de conducta para la obesidad infantil.

En cualquier caso, satisfacer los criterios antes referidos exige que los tratamientos de aplicación en la infancia se desarrollen de acuerdo con los siguientes pasos: a) Conceptualización de la disfunción infantil, b) Investigación sobre el proceso de la disfunción, c) Conceptualización y especificación del tratamiento, d) Evaluación de los resultados del tratamiento a través de distintos diseños y diversos estudios controlados, e) Evaluación del proceso del tratamiento y f) Evaluación de las condiciones y variables moderadoras dependientes del niño, padres, familia, terapeuta, etc. (Kazdin y Kendall, 1998).

2.b. Variables moduladoras de los resultados terapéuticos en el ámbito infantil

Los planteamientos que pretendían evaluar la eficacia global de la psicoterapia dieron paso a posturas que defendían la especificidad frente a la globalidad. O lo que es igual, qué tratamiento es eficaz para qué tipo de problema concreto en una muestra definida y especificada. Desde esta perspectiva, la investigación sobre resultados se ha interesado en averiguar fundamentalmente los efectos de técnicas y procedimientos determinados, aplazando la investigación sobre los factores que modulan los resultados terapéuticos, pese a las evidencias que muestran cómo los efectos del tratamiento dependen de la influencia de un amplio abanico de variables rela-

cionadas con el tratamiento específico que se administra, la conceptualización y medida de la disfunción y problemas tratados, los terapeutas que aplican los tratamientos, así como, los criterios de éxito terapéutico adoptados y el rigor metodológico de las investigaciones realizadas, entre otros factores etc.

Tabla 4.- Variables moduladoras de los resultados terapéuticos en el ámbito infantil (Fuente: Durlak, Wells, Cotten y Johnson, 1995; Weisz, Donenberg, Weiss y Han, 1995).

<p>Variables Individuales/Contextuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Características de la disfunción. <ul style="list-style-type: none"> Severidad del trastorno/problema. Comorbilidad . Características individuales: <ul style="list-style-type: none"> Sexo, Edad, Etnia, Nivel de desarrollo cognitivo, Funcionamiento social y rendimiento académico . Factores contextuales: <ul style="list-style-type: none"> Psicopatología de los padres Funcionamiento familiar. Apoyo social Medio socioeconómico
<p>Variables relacionadas con el tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Nivel de estructuración . Integridad (cumplimiento según lo prescrito) . Contenido. Tratamientos multimodales . Parámetros: <ul style="list-style-type: none"> Frecuencia (nº de sesiones) Intensidad Duración . Localización (escuela/clínica/domicilio) . Modalidad (individual/grupal), . Curso del tratamiento. . Tratamientos combinados
<p>Variables relacionadas con el terapeuta</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Múltiples roles versus rol único. . Experiencia . Entrenamiento previo . Intervención de distintas personas en la administración del tratamiento.

Distintas revisiones (Clarke, 1995; Kazdin, 1995; Durlak, Wells, Cotten y Johnson, 1995) y meta-análisis (Weisz, Donenberg, Weiss y Han, 1995) han analizado las variables que en mayor o menor medida influyen en la eficacia de los tratamientos administrados a niños. Se trata de factores que podemos agrupar en los siguientes apartados: a) Factores individuales y contextuales (Kazdin, 1995), b) Variables relacionadas con el tratamiento administrado, (Durlak, Furhrman y Lampman, 1995), c) Factores relacionados con el terapeuta y d) Rigor/calidad metodológica del trabajo (Tabla 4).

Como puede observarse (Tabla 4), entre los Factores individuales y contextuales se ha considerado la influencia de las 1) características individuales, 2) factores relacionados con la disfunción o problema tratado, y 3) variables contextuales, básicamente, psicopatología parental y funcionamiento familiar.

En este sentido hay que añadir que pese a que las variables sociodemográficas constituyen una fuente de variabilidad entre los niños estudiados en el ámbito de la psicología clínica, tan sólo el 9% de los estudios publicados evalúan las características del niño tratado (sexo, edad, etnia, etc) en relación a los resultados del tratamiento, y aún es inferior (1%) el porcentaje de trabajos que tiene en cuenta la influencia de las características de los padres o la familia en el tratamiento (Kazdin, 1995). No obstante, a estas variables tradicionales, sexo, edad, etc, han de añadirse otros factores individuales relacionados con la adaptación social y el funcionamiento escolar y académico (Kazdin y Kendall, 1998).

Respecto a la disfunción tratada, el interés se centra por un lado en las características específicas, intensidad, frecuencia, severidad, etc., y por otro en la comorbilidad, por cuanto su influencia de ambas variables puede alterar los resultados terapéuticos según se trate de alteraciones mas leves o severas y en función del rango de síntomas y alteraciones implicadas.

Por lo que se refiere a los factores relacionados con el tratamiento administrado, podemos observar (Tabla 4) que se han investigado especialmente los aspectos cuantitativos (números de sesiones, duración, etc.) así como aquellas variables relacionadas con su contenido, carácter y contexto de aplicación. En las investigaciones sobre psicoterapia infantil tan solo un 3% de los trabajos publicados se han interesado por los procesos implicados en el cambio tera-

péutico, entre ellos destacan las publicaciones de Motta y Lynch (1990) y Motta y Tobin (1992) en los que se aborda el papel de la relación terapéutica.

La experiencia y formación previa del terapeuta en las técnicas que empleará influyen de manera destacada en los efectos terapéuticos. A juzgar por los resultados obtenidos, el terapeuta experto y experimentado en los procedimientos de intervención recomendados obtiene mejores resultados que los logrados por un terapeuta inexperto y sin experiencia (Becoña, 1998).

3. EVALUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS INFANTILES: ASPECTOS CRÍTICOS Y CUESTIONES PENDIENTES

Pese a los avances y progresos alcanzados en los últimos tiempos resulta obvio señalar que la tarea de evaluar los tratamientos infantiles continúa siendo una empresa enormemente compleja y difícil. Algunos de los problemas y limitaciones a los que ha de hacer frente la investigación en este ámbito se refieren a los criterios diagnósticos de inclusión, aplicación del tratamiento según lo planificado anteriormente y evaluación post-tratamiento. Sin olvidar asimismo, la mención a los sesgos metodológicos presentes en las investigaciones publicadas y las discrepancias existentes entre la investigación y la práctica clínica en el ámbito infantil (Kazdin, 1990, 1991, 1995).

Distintos trabajos han planteado la ambigüedad de los criterios diagnósticos empleados con frecuencia para seleccionar la muestra y configurar los grupos de comparación. Según los datos proporcionados por Kazdin, Bass, Ayers y Rogers (1990) tan sólo una pequeña proporción de los estudios revisados, menos del 15%, habían recurrido a criterios diagnósticos formales y comúnmente consensuados para seleccionar y agrupar a los individuos. Es claro que la progresiva operacionalización de los criterios diagnósticos estandarizados unido a las exigencias científicas y sociales por identificar y difundir las intervenciones más eficaces contribuyen a garantizar el empleo de criterios diagnósticos formales, sin que ello suponga en ningún caso excluir la información precisa sobre la naturaleza de los problemas y la realización de comparaciones normativas para determi-

nar el alcance y severidad de la disfunción clínica que se trata, entre otras actuaciones (Clarke, 1995).

Por otro lado, la importancia de aplicar y cumplir el tratamiento tal como se ha planificado y diseñado previamente queda de manifiesto al señalar que aproximadamente la mitad de las investigaciones sobre tratamientos con niños incluye alguna iniciativa para asegurar que éste se aplica según los criterios y condiciones previstas (Kazdin, Bass, Ayers y Rodgers, 1990). Ahora bien, a continuación hay que añadir que tan solo una quinta parte de las mismas controlan y valoran en realidad la integridad del tratamiento (Kazdin, 1991), y ello pese a datos como los proporcionados por el trabajo realizado por Berman, Miller y Massman (1985) que reflejan una vinculación directa entre el tamaño del efecto registrado y el cumplimiento terapéutico.

Asimismo, las conclusiones sobre la eficacia de las intervenciones varían a menudo en función del momento en el que se ha llevado a cabo la evaluación de los resultados terapéuticos. Con frecuencia los efectos que se observan inmediatamente, una vez concluido el tratamiento, no siempre son idénticos a los cambios que se aprecian a lo largo del tiempo. Es probable que entre la población infantil los cambios observados tras la intervención, si apenas exceden de un breve período de tiempo, sean debidos, entre otros factores, a la propia maduración, a los progresos evolutivos en sí mismos, de ahí el relieve y la importancia que adquieren los datos obtenidos durante períodos de seguimiento. No obstante, el 50% de los estudios sobre psicoterapia de niños no presentan datos de seguimiento (Kazdin, 1993) y entre aquellas investigaciones que sí informan al respecto, la evaluación tiene lugar habitualmente entre los cinco y seis meses una vez finalizado el tratamiento (Kazdin, Bass, Ayers y Rodgers, 1990), salvo excepciones como el trabajo de Kendall, y Southam-Gerow (1996), en el que se mantienen períodos de seguimiento de 3 años.

Como se ha señalado anteriormente, el rigor y control metodológico de las investigaciones se encuentra estrechamente relacionado con resultados mas satisfactorios y estimaciones favorables sobre la eficacia de los tratamientos administrados a niños (Weiss y Weisz, 1990). Factores como el tamaño de las muestras, asignación no aleatoria de los individuos a los grupos o composición desigual de éstos constituyen algunas de las cuestiones mas críticas. El efecto

encontrado al comparar el tratamiento con el grupo control, o con distintas condiciones de tratamiento varía según el tamaño de las muestras estudiadas. En el primer caso, se ha obtenido un efecto que oscila entre .70 y .90 siendo el rango de individuos variable desde 35 hasta un máximo de 230 sujetos (Kazdin y Bass, 1989). En el segundo caso, la comparación de distintas condiciones de tratamiento ha detectado un tamaño de efecto próximo a .40, cuando las muestras estaban formadas como mínimo por 12 individuos (Kazdin, 1990; 1991).

Por otro lado, aún cuando cabe esperar una relación de mutua influencia e intercambio de información y procedimientos entre la investigación y la práctica clínica, lo cierto es que en el ámbito infantil se constata un fenómeno ya reconocido en el ámbito clínico, nos referimos al progresivo distanciamiento entre la investigación y la práctica clínica. Como señalan Barnett, Docherty y Frommelt (1991) la investigación existente no refleja lo que en realidad ocurre en la práctica clínica con niños, situación extensible asimismo para las terapias no conductuales (Shirk y Russell, 1992).

Los resultados de diversas investigaciones planteadas en unos casos, desde el marco de la investigación clínica (Casey y Berman, 1995) y realizadas fundamentalmente por dos grupos de investigación dirigidos por Weisz (Weisz, Weiss, Alicke y Klotz, 1987; Weisz, Weiss y Donenberg, 1992) y Kazdin respectivamente, (Kazdin y Bass, 1989; Kazdin, Bass, Ayers y Rodgers, 1990) y en otros, desde la perspectiva de la práctica clínica (Weisz y Weiss, 1989; Kazdin, Siegel y Bass, 1990), han revelado que el trabajo desarrollado desde uno y otro marco mantiene más puntos de discrepancia que de coincidencia.

Para ilustrar esta problemática basta añadir que tanto la investigación como la práctica clínica coinciden básicamente en llevar a cabo las intervenciones con niños que tienen edades comprendidas entre 6 y 11 años, preferentemente varones y con trastornos de conducta, hiperactividad y trastornos de ansiedad fundamentalmente (Kazdin, 1991). Sin embargo, ambas perspectivas mantienen diferencias tan acusadas y amplias que limitan la generalización y extensión de los hallazgos extraídos de la investigación a la práctica clínica, ámbito en el que, a juzgar por los datos obtenidos, se obtienen efectos terapéuticos más modestos (Weisz, Donenberg, Weiss, y Han, 1995).

Tabla 5.- Características y diferencias observadas entre la investigación y práctica clínica en la infancia (Kazdin, 1991; Weisz, Weiss y Donenberg, 1992; Weisz, Donenberg, Weiss, y Han, 1995).

INVESTIGACIÓN TERAPÉUTICA	PRÁCTICA CLÍNICA
Los individuos son reclutados expresamente. Sus alteraciones son leves y participan en el estudio como voluntarios.	Los individuos son referidos expresamente para tratamiento. Sus alteraciones son severas y algunos son coaccionados.
Se configuran grupos homogéneos.	Se configuran grupos heterogéneos.
El tratamiento es proporcionado normalmente en grupos.	El tratamiento se administra individualmente.
El problema, foco del tratamiento, se encuentra delimitado y precisado	El foco terapéutico incluye varios problemas infantiles. Es mas amplio, extenso.
El tratamiento se administra en laboratorio o en el contexto escolar.	El tratamiento se desarrolla en clínicas, hospitales, consultas privadas.
El tratamiento es aplicado por investigadores y ayudantes	El tratamiento es aplicado por clínicos.
Preparación especial pre-tratamiento.	Apenas existe preparación pre-tratamiento.
Corta duración. (entre 8 y 10 semanas). Número prefijado de sesiones.	Larga duración (entre 6 y 12 meses aproximadamente). No existe límite en el número de sesiones.
Los padres apenas se implican en el tratamiento.	Los padres se implican activamente en el tratamiento.
La familia apenas es considerada en el tratamiento.	La familia como unidad es considerada en el tratamiento.
Método de tratamiento único y focalizado en el problema.	Varios métodos. Acercamientos eclécticos y orientados hacia la familia.
Intervenciones conductuales	Intervenciones no conductuales
Planificación previa. Terapia con alto nivel de estructuración. Estrategias para garantizar la integridad del tratamiento.	Flexible. Adaptable. No se programan estrategias para garantizar la integridad del tratamiento.

En la Tabla 5 se exponen los aspectos que caracterizan la intervención desde uno y otro ámbito, observándose que las discrepancias se extienden desde el acceso a los niños que serán objeto de tratamiento, hasta el carácter individual o grupal de éste y su duración, pasando por el contexto de aplicación de la terapia, formación del terapeuta, contenido del tratamiento (técnicas, planificación previa) e implicación de la familia, etc. En el ámbito clínico, es habitual la comorbilidad, las características de los pacientes son mas heterogéneas, los tratamientos se prolongan en el tiempo, no se programan iniciativas para asegurar la integridad de los mismos y el terapeuta clínico apenas tiene preparación previa. Desde la perspectiva de la investigación, el tratamiento es aplicado a grupos de pacientes mas homogéneos por parte de terapeutas, investigadores, que cuentan con preparación previa. La intervención se basa en procedimientos conductuales y su aplicación va precedida por una planificación previa que procura estrategias para garantizar la integridad del tratamiento.

Es este el momento y la ocasión de señalar una vez mas que la comparación de la eficacia estimada tanto a través de las actuaciones llevadas a cabo en la práctica como en la investigación muestra la necesidad de acercamiento en el ámbito infantil (Weisz, Donenberg, Weiss, y Han, 1995). Sin embargo, los esfuerzos realizados en esta dirección no están exentos de problemas y dificultades relacionados en gran medida con presupuestos y creencias equívocas. En este sentido, desde la práctica clínica se insiste en la utilidad y proyección del trabajo clínico aún cuando sus resultados no puedan ser medidos o parezcan insuficientes a las exigencias científicas, al tiempo que equivocadamente se atribuye escasa utilidad a los hallazgos procedentes de estudios controlados que se suponen irrelevantes para abordar los casos complejos que son tratados habitualmente en la clínica convencional. Desde la otra perspectiva, la investigación se cuestiona críticamente la limitada estructuración del tratamiento aplicado en el contexto clínico, así como las reservas de los terapeutas clínicos a adoptar intervenciones mas cerradas y de naturaleza multimodal (Clarke, 1995).

Pese a ello lo cierto es que, también en el ámbito de la infancia, la proximidad entre la investigación y la práctica clínica resulta ineludible. En este sentido cabe señalar que hace ya casi una década

que Pelechano y Capafons (1989) argumentaban en contra de la supuesta distinción entre ciencia pura y ciencia aplicada, entre investigación y aplicación, haciendo hincapié, entre otras cuestiones, en el riesgo que conllevan los intentos de reemplazar la investigación por la experiencia personal, una de las causas de fracaso profesional (Pelechano, 1996). En cualquier caso se trata de una cuestión de enorme relevancia tal como queda de manifiesto en la siguiente cita:

«... se dice de antiguo que la experiencia clínica es importante. Y creemos que lo es. Pero ello no debe hacer olvidar que las cuestiones deben enfocarse desde el punto de vista científico... El acento en la investigación y en el incremento de conocimientos científicos no hace menos eficaz la acción profesional, antes al contrario. La «experiencia clínica» debería estar científicamente guiada con el fin de convertirla en una verdadera «experiencia científica». (Pelechano, 1989, pág. 180).

4. CONCLUSIÓN Y PERSPECTIVAS FUTURAS

Es claro que el estado de conocimientos actuales sobre la eficacia de los tratamientos infantiles es limitado, si bien las investigaciones realizadas han establecido que *a)* la psicoterapia infantil es más efectiva que la ausencia de tratamiento (Kazdin, 1991); *b)* el tamaño del efecto obtenido es similar al registrado en los tratamientos con adultos (Weisz y Hawley, 1998) y *c)* cuando se han apreciado diferencias entre acercamientos terapéuticos, la tendencia ha sido favorable hacia los procedimientos conductuales-cognitivos (Weiss y Weisz, 1995). Tras estas primeras conclusiones lo cierto es que la investigación mantiene numerosas vías de actuación abiertas para el futuro cuyos objetivos en términos generales no son otros que extender el abanico de los trastornos tratados, ampliar el paquete de técnicas investigadas hasta el momento, profundizar en el estudio sobre los parámetros del tratamiento, e indagar acerca de las variables individuales y contextuales mediadoras de los efectos terapéuticos, sin olvidar, la atención al proceso terapéutico en sí mismo.

Concretamente, la evaluación de tratamientos específicos en el ámbito de la infancia pretende averiguar cual es el impacto de la terapia respecto a la ausencia de ésta, identificar los efectos generados más allá del propio niño y comprobar si su aplicación com-

binada con otras opciones terapéuticas puede contribuir a optimizar los resultados clínicos.

No cabe duda que estas cuestiones conducen a una reconceptualización necesaria acerca de los criterios de éxito terapéutico, del alcance de los resultados observados y en algunos casos, de la disfunción objeto de tratamiento. Es sabido que la participación en programas de intervención origina diversos efectos, positivos en unos casos e imprevistos y no programados en otros. Asimismo, es evidente que en ocasiones el efecto de la intervención no se traduce en cambios apreciables, en reducción significativa de los síntomas, pero, sin embargo, repercute favorablemente deteniendo el curso desfavorable del trastorno. Por otro lado, no se puede obviar que los efectos terapéuticos se aprecian más allá del propio niño tratado. Esta evidencia aconseja ampliar la evaluación del impacto del tratamiento de manera que los resultados se estimen a partir de tres ámbitos relevantes: 1) Funcionamiento infantil, 2) Funcionamiento de los padres y familia y 3) Repercusión Social. Atender al funcionamiento del niño significa prestar atención no solo a los síntomas y alteraciones tratadas, sino hacerlo también respecto a otras áreas, fundamentalmente rendimiento académico y funcionamiento social. Contemplar la evolución favorable de la familia en cuando a reducción de las alteraciones, mejora de la calidad de vida, utilización de los recursos y servicios sociales, etc., constituyen otro de los ámbitos de estudio.

Desde otra perspectiva y en relación a trastornos específicos, en concreto, hiperactividad, cabe añadir que en un futuro próximo, es probable que la aplicación de los tratamientos vaya precedida por una reconceptualización del trastorno en términos de condición crónica. Basta observar el curso del desarrollo de este trastorno, la continuidad de las alteraciones en la vida adulta y los efectos limitados de las opciones terapéuticas en vigor, para que las propuestas que sugieren extrapolar el modelo de enfermedades crónicas para abordar eficazmente los trastornos de conducta y en especial hiperactividad constituyan planteamientos de resultados ciertamente prometedores.

Añadir, por último, que el campo de los tratamientos infantiles no se agota con estas propuestas de actuación para el futuro. Conviene no olvidar, como señala Pelechano (1996), que en Psicología la

contrastación de resultados, el seguimiento de los efectos del tratamiento y su alcance real constituye una tarea que exige enormes y renovados esfuerzos, especialmente notables, si cabe, en el ámbito de las actuaciones con niños y adolescentes. Asimismo, quedan pendientes nuevos desarrollos en torno a los tratamientos basados en guías y manuales, prácticamente inexistentes para la práctica clínica en las edades infantiles (Lonigan, Elbert y Bennett, 1998), así como actuaciones específicas orientadas hacia la difusión mediante cauces institucionales y profesionales de los tratamientos cuya eficacia ha quedado probada.

BIBLIOGRAFÍA

- Baer, R. A. y Nietzel, M. T. (1991). Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: A meta-analytic review of the outcome literature. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 400-412.
- Barnett, R., Docherty, J. Y Frommelt, G. (1991). A review of child psychotherapy research since 1963. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 1-14.
- Becoña, E. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Proyecto Docente. Universidad de Santiago de Compostela.
- Berman, J. S., Miller, C. R., y Massman, P. J. (1985). Cognitive therapy versus systematic desensitization: Its one treatment superior?. *Psychological Bulletin* 97, 451-461.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, B. M. L., Bersabe, R. M., Loriga, A. y Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud*, 6, 67-82.
- Casey, R. J. Y Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.
- Clarke, G. (1995). Improving the transition from basic efficacy research to effectiveness studies: Methodological issues and procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 718-725.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woods, S. R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A. y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.
- Durlak, J. A., Fuhrman, T. Y Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 106, 97-106.

- Durlak, J. A., Wells, A. M., Cotten, J. K. y Johnson, S. (1995). Analysis of selected methodological issues in child psychotherapy research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 141-148.
- Gavino, A. y Godoy, A. (1993). Importancia del número de sesiones de tratamiento en la valoración de la marcha del proceso terapéutico. *Psicologemas*, 7, 179-193.
- Haddock, K. C., Shadish, R. W., Kleges, C. R. y Stein, J. R. (1994). Treatments for childhood and adolescents obesity. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 235-244.
- Hoagwood, K., Hibbs, E., Brent, D. y Jensen, P. (1995). Introduction to the special section: Efficacy and effectiveness in studies of child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 683-687.
- Kazdin, A. (1990). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, 41, 21-54.
- Kazdin, A. (1991). Effectiveness of Psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 785-798.
- Kazdin, A. (1993). Psychotherapy for children and adolescents: Current progress and future research directions. *American Psychologist*, 48, 644-657.
- Kazdin, A. (1995). Scope of child and adolescent psychotherapy research: Limited sampling of dysfunctions, treatments and client characteristics. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 125-140.
- Kazdin, A. y Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- Kazdin, A., Bass, D., Ayers, W. A. y Rodgers, A. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 729-740.
- Kazdin, A. y Kendall, P. C. (1998). Current progress and future plans for developing effective treatments: Comments and perspectives. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 217-226.
- Kazdin, A., Siegel, T. Y Bass, D. (1990). Drawing upon clinical practice to inform research on child and adolescent psychotherapy: A survey of practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 189-198.
- Kendall, P. C. y Southam-Gerow, M. (1996). Long-term follow-up of treatment for youth with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724-730.
- Levitt, E. E. (1957). The results of psychotherapy with children: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 189-196.

- Levitt, E. E. (1963). Psychotherapy with children: A further evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 60, 326-329.
- Lonigan, C. J., Elbert, J. C. y Johnson, S. B. (1998). Empirically supported psychosocial interventions for children: An overview. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 138-145.
- Martínez-Taboas, A. y Francia-Martínez, M. (1992). Efectividad de las psicoterapias en niños y adolescentes: Revisión de estudios controlados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24, 237-256.
- Motta, R. W. y Lynck, C. (1990). Therapeutic techniques vs therapeutic relationships in child behavior therapy. *Psychological Reports*, 67, 315-322.
- Motta, R. W. Y Tobin, M. I. (1992). The relative importance of specific and nonspecific factors in child behavior therapy. *Psychotherapy in Private Practice*, 11, 51-61.
- Pelechano, V. (1989). Unas notas con algunas reflexiones respecto a la psicología de la personalidad y terapias-intervenciones científico-psicológicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 15, 177-192.
- Pelechano, V. (1996). Salud, enfermedad, clínica y psicología: Un laberinto con una salida sensata y muchos caminos ciegos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 365-382.
- Pelechano, V. y Capafons, J. I. (1989). *La práctica de la terapia de conducta en España*. Valencia. Alfaplús.
- Peterman, F. y Bochmann, F. (1993). Meta-analysis in child behavior therapy: First results. *Zeitschrift für Klinische Psychologie. Forschung un Praxis*, 22, 137-152.
- Shirk, S. R. y Russell, R. L. (1992). A reevaluation of estimates of child therapy effectiveness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31 703-710.
- Task Force on Promotion and Dissemination Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychosocial treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Weiss, B. y Weisz, J. R. (1990). The impact of methodological factors on child psychotherapy outcome research: A meta-analysis for researchers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 639-670.
- Weiss, B. y Weisz, J. R. (1995). Relative effectiveness of behavioral versus nonbehavioral child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 317-320.
- Weisz, J. R., Donenberg, G., Weiss, B. y Han, S. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 688-701.

- Weisz, J. R. y Hawley, K. M. (1998). Finding, evaluating, refining, and applying empirically supported treatments for children and adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 206-216.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D. Y Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542-549.
- Weisz, J. R., Weiss, B. y Donenberg, G. R. (1992). The lab versus the clinic: Effects of child and adolescents psychotherapy. *American Psychologist*, 47, 1578-1585.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S., Granger, D. A. Y Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.
- Werry, J. y Wollersheim, J. (1989). Behavior therapy with children and adolescents: A twenty year overview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 1-18.