

Aplicación combinada de técnicas conductuales-cognitivas y psicofármacos como alternativa terapéutica en el ámbito infantil: el ejemplo de la hiperactividad

I. MORENO GARCIA

Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Sevilla

RESUMEN

En este trabajo se analizan las posibilidades terapéuticas de los tratamientos combinados para ser administrados en la práctica clínica infantil. Se exponen las razones que apoyan este tipo de alternativa terapéutica y los hallazgos que avalan su aplicación a partir de los datos obtenidos en el único trastorno abordado mediante terapias combinadas; el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. A pesar de que los resultados sobre su potencialidad terapéutica aún son provisionales existen serios indicios que apoyan su empleo como alternativa en los casos en los que concurren varios problemas de conducta.

PALABRAS CLAVES: Tratamientos combinados, niños, terapias farmacológicas, tratamientos conductuales y cognitivos.

INTRODUCCION.

La administración combinada de terapias conductuales y farmacológicas distantes en cuanto al enfoque conceptual y al modelo de enfermedad subyacente, aunque coincidentes en los intereses y objetivos clínicos que ambas persiguen, cuenta con una breve historia, afirmándose que en realidad su aplicación estructurada y con cierta planificación previa constituye un hecho reciente que se viene consolidando como tal en los últimos años (Echeburúa y Corral, 1995).

Los intentos por aproximar ambas opciones terapéuticas se iniciaron con cierto énfasis en los

SUMMARY

Therapeutic possibilities of combined treatments to be administered in children's clinical practice are analysed in this paper. Support reasons for this kind of therapeutic alternative are expounded together with the finds that endorse its application starting from the results in the only disorder that has been tackled with the help of combined therapies: Attention deficit with hyperactivity disorder. In spite of the fact that results about its therapeutic potentiality are still provisional there are serious signs that support its use as an alternative in cases where several behavioural problems contribute to the clinical picture.

KEY WORDS: Combined treatments, children, pharmacological therapies, behavioural and cognitive treatments.

años setenta (Hollon y Beck, 1978) y fueron consolidándose en la década posterior en la que ya se publicaron trabajos que revisaban y comparaban los efectos de la combinación según el tipo de fármaco administrado, el procedimiento conductual empleado, los problemas abordados y los pacientes que habían sido tratados (Mark, 1982). Este interés por la posibilidad de administración conjunta de psicofármacos y métodos conductuales y cognitivos para resolver distintos trastornos de conducta se constata tanto en el ámbito de las terapias con adultos, como en los tratamientos de problemas infantiles en general (Gadow, 1991), y de manera especial, en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Moreno García, 1995).

Las aplicaciones clínicas de las terapias combinadas se encuentran ampliamente documentadas

Correspondencia: Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Avda. San Francisco Javier, s/n. 41005 Sevilla.

en el contexto de los trastornos de adultos, donde existe un cierto volumen de investigación acerca de los efectos de fármacos antidepresivos, ansiolíticos y neurolépticos, combinados con técnicas de exposición y procedimientos cognitivos para tratar depresión (Klerman, 1974), trastornos de ansiedad (Marks, 1987; Echeburúa y Corral, 1991; Foa, Kozak, Stekette y McCarty, 1992) esquizofrenia (Hollon y Beck, 1978), adicciones, trastornos de la alimentación, etc.

En el ámbito infantil la aplicación de este tipo de terapias se encuentra más restringida, entre otras razones, porque el conocimiento sobre los efectos de los psicofármacos administrados a niños es hasta el momento bastante más limitado en comparación con los datos disponibles sobre su efectividad y consecuencias no deseadas cuando se han empleado con adultos.

Este desconocimiento se apoya, además, en las dificultades existentes para evaluar científicamente los resultados de las terapias farmacológicas en los niños tratados debido a la heterogeneidad de las muestras de pacientes incluidas en los diferentes trabajos, la confusión e imprecisión de los diagnósticos manejados, y las limitaciones y deficiencias de las medidas y criterios de evaluación de resultados que han sido adoptados (Campbell, Cohen y Perry, 1986). De este modo, las dificultades a las que se enfrenta la psicofarmacología en las edades infantiles se concretan en opinión de Gadov (1991) a dos niveles. En primer lugar, son notables las discrepancias y falta de acuerdo acerca de la conveniencia o no de administrar tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta variables como la toxicidad de los fármacos y la relación costes-beneficios que implica esta opción terapéutica. En segundo lugar, influyen las limitaciones y deficiencias de los servicios clínicos que afectan, entre otras cuestiones, a la investigación sobre los procedimientos terapéuticos empleados.

En todo caso, la administración de fármacos no constituye hasta el momento una práctica generalizada para tratar los problemas de conducta infantil. Su empleo, tradicionalmente limitado, se ha visto apoyado por argumentos clínicos y deontológicos cuando otras alternativas menos intrusivas han fracasado o en aquellas ocasiones en las que se ha estimado que la medicación podía facilitar la puesta en práctica de las terapias psicológicas y facilitar al mismo tiempo sus efectos terapéuticos (Toro, 1995).

No obstante, sin pretensión de ser exhaustivos, la administración de fármacos constituye hasta el momento el tratamiento de elección en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, donde se estima que aproximadamente el 6% de los niños escolarizados en los primeros niveles educativos toma medicación (Whalen y Henker, 1991), y entre

ellos, el 88% estimulantes, especialmente, metilfenidato. Asimismo, la enuresis tratada habitualmente con imipramina, y en menor medida, los trastornos de ansiedad infantil también son abordados con terapias farmacológicas (Echeburúa, 1993).

En el campo de los trastornos de ansiedad, se han probado los efectos de los antidepresivos, imipramina y clorimipramina, para tratar las fobias escolares (Marks, 1987). La imipramina resulta más eficaz que el placebo en estos casos, mientras que la clorimipramina, aunque no origina efecto alguno sobre el miedo escolar, sí afecta positivamente al estado depresivo de los niños tratados. No obstante, los resultados sobre la efectividad de los psicofármacos en los trastornos de ansiedad son aún provisionales y las escasas investigaciones sobre el tema no permiten extraer conclusiones definitivas al respecto.

En los últimos años coincidiendo con un clima más receptivo en el ámbito clínico se observa un interés creciente por extender la administración de terapias combinadas en la práctica clínica infantil, aprovechando las aportaciones y conocimientos de la psicofarmacología empleada con adultos y los resultados obtenidos en las investigaciones sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En este sentido, uno de los primeros pasos ha consistido en delimitar las propiedades terapéuticas así como, los efectos y limitaciones de los fármacos conocidos, dando lugar a lo que algunos autores han denominado *psicofarmacología del desarrollo* (Toro, 1995).

ALGUNAS RAZONES PARA LA COMBINACIÓN

El interés reciente por aproximar las terapias conductuales y la psicofarmacología se apoya en argumentos de diferente naturaleza que parecen converger hacia una alternativa terapéutica mixta, que aproveche el potencial terapéutico de cada opción y atenúe sus limitaciones y problemas asociados (Perlham y Murphy, 1986).

Por un lado, destaca la preocupación generalizada por la efectividad de los tratamientos y por la valoración de sus costes en términos de efectos secundarios, complejidad de las intervenciones, recursos humanos implicados, así como, por los factores y variables implicadas en los fracasos terapéuticos, los abandonos y recaídas, entre otras cuestiones. El análisis por separado de los efectos terapéuticos directos, y la consideración de los problemas y limitaciones observadas en la puesta en práctica de las diferentes terapias, unido a la preocupación por sus consecuencias adversas han revelado que, en general, los resultados terapéuticos son limitados, se observan en ciertas áreas o alteraciones sin afectar a los problemas en su com-

plejidad, al tiempo que apenas se mantienen una vez retirado el tratamiento y, además, resultan difícilmente generalizables.

Estas evidencias han contribuido a generar un cambio en la perspectiva terapéutica y a defender un modelo global de enfermedad y con ello, la necesidad de abordar la terapia del paciente desde un punto de vista multidimensional al objeto de obtener resultados globales, mantenidos en el tiempo y generalizados. Tales planteamientos implican superar los obstáculos y barreras que los distintos enfoques terapéuticos han marcado durante décadas y que los profesionales de uno y otro enfoque han contribuido a perpetuar. Una vez superados los prejuicios de los propios expertos y de los usuarios de los tratamientos (en el campo infantil, de los padres fundamentalmente) sobre las distintas terapias disponibles ha quedado abierto el camino para el desarrollo de una alternativa terapéutica conjunta y de resultados prometedores, al tiempo que ha favorecido un clima más receptivo y comunicativo que permitirá abandonar el aislamiento, nada beneficioso, entre opciones terapéuticas eficaces y fomentar, en consecuencia, la colaboración entre los distintos expertos implicados en el ámbito de la salud infantil.

En apoyo de las terapias combinadas también se observan razones y argumentos procedentes de cada orientación terapéutica considerada por separado. Desde la perspectiva conductual, cabe destacar la expansión y desarrollo que ha sufrido el enfoque en las últimas décadas, que ha extendido su ámbito de actuación hacia trastornos y áreas en principio no consideradas como, por ejemplo, la medicina en general y la pediatría en particular. Esta ampliación de las fronteras ha puesto de manifiesto la importancia del entendimiento y cooperación de los terapeutas de conducta con otros profesionales para abordar los problemas planteados (Labrador, 1990). Al mismo tiempo, los procedimientos conductuales se han integrado en el marco de intervenciones clínicas más amplias encaminadas a resolver problemas complejos como las enfermedades crónicas de la infancia.

Desde la perspectiva de las terapias farmacológicas también se han revelado ciertos hechos indicadores que han favorecido un acercamiento progresivo hacia los tratamientos conductuales. Como señalan Echeburúa y Corral (1995), la eficacia esperada y potencial de los fármacos no siempre concuerda con sus resultados reales, a ello contribuyen entre otros factores, la falta de seguimiento por parte de los pacientes de las prescripciones médicas, los abandonos terapéuticos, las recaídas y la falta de mantenimiento de los resultados al suspender la medicación. Factores a los que se añaden, los efectos físicos no deseados que acompañan a los tratamientos prolongados (en el caso de

la hiperactividad infantil inciden negativamente sobre el crecimiento infantil porque merman el peso y talla de los niños), así como, la dependencia física y psicológica asociada a algunos medicamentos. Sin menospreciar las consecuencias psicológicas adversas originadas en el propio paciente y en su entorno social, como por ejemplo, las atribuciones a la medicación de los logros y avances conductuales y académicos, la sobreprotección familiar, el aislamiento y rechazo entre los compañeros, etc.

En favor de la combinación de distintas alternativas terapéuticas también se esgrimen motivos y argumentos procedentes de la investigación en psicología clínica infantil. En este terreno, el fenómeno de comorbilidad va abriéndose paso progresivamente apoyado en las evidencias cada vez más sólidas y abundantes que muestran cómo los problemas infantiles pueden ser susceptibles de cumplir con los criterios diagnósticos de más de un desorden o trastorno diagnosticado mediante los referentes comúnmente admitidos, DSM-IV y CIE-10.

Como señala Kazdin (1991), es relativamente común entre los niños la concurrencia de dos o más desórdenes y en este sentido, son notables y consistentes las pruebas que muestran cómo muchos trastornos coexisten, entre ellos, mención expresa merece la coexistencia del trastorno de conducta con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Abikoff y Klein, 1992; Hinsaw, Lahey y Hart, 1993), del autismo con el retraso mental y la ansiedad con los desórdenes afectivos (Ollendick y King, 1994).

Este fenómeno afecta de manera directa al proceso de selección y administración de las terapias infantiles, pues si bien tradicionalmente el tratamiento administrado a niños se ha enfocado principalmente hacia la alteración clínica más relevante y perturbadora (Kazdin, 1990), parece razonable suponer que la respuesta a la comorbilidad no pasa por la aplicación de un tratamiento específico y localizado en una alteración concreta (que sin duda resultaría incompleto e insatisfactorio), sino más bien, por la aplicación de tratamientos combinados que integren las aportaciones y avances de las distintas opciones terapéuticas que por separado se han mostrado eficaces (Kazdin, 1991).

Finalmente, a estas razones de tipo clínico y terapéutico se añaden argumentos de carácter práctico como se desprende de la progresiva y creciente inserción de los psicólogos y terapeutas de conducta en los centros de Salud Mental y en las distintas unidades y servicios hospitalarios, en los que trabajan e investigan en colaboración con psiquiatras desarrollando sus actividades en el marco de un concepto global y multidisciplinar de salud que permite un trabajo conjunto entre profesiona-

les de distintas especialidades (Blanco Picabia, Rodríguez González, Rodríguez Franco y Giles Gordon, 1989; Blanco Picabia, Rodríguez Franco, Rodríguez González, Fajardo Gálvez y Corcia Benarroch, 1989).

ALGUNOS ASPECTOS DE LA INTERACCIÓN ENTRE LAS TERAPIAS CONDUCTUALES-COGNITIVAS Y LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Desde los primeros intentos de aproximación las relaciones entre las terapias conductuales y los tratamientos farmacológicos se han observado a varios niveles:

a) Las terapias conductuales se han administrado como apoyo y elemento favorecedor de modo que los tratamientos basados en la administración de fármacos resulten más efectivos. En este punto cabe mencionar las iniciativas emprendidas desde el ámbito conductual para asegurar la adherencia de los pacientes a las prescripciones terapéuticas (Meichenbaum y Turk, 1991).

b) Los fármacos se han administrado para facilitar la puesta en práctica de los tratamientos conductuales en el medio natural. Se trata de un aspecto especialmente relevante en el tratamiento de la hiperactividad infantil pues, como ya señalaban Safer y Allen (1979), la medicación favorece el control motor y los requisitos atencionales imprescindibles para el éxito de las iniciativas conductuales.

c) Desde los dos enfoques se aprecia un interés común por analizar la eficacia comparativa de ambas alternativas terapéuticas (Echeburúa, 1993).

d) Aunque la bibliografía sobre combinación avala de manera consistente la interacción a estos tres niveles, se ha planteado una nueva propuesta de contenido más amplio que incide en el uso de la metodología de evaluación conductual para valorar los efectos de los fármacos administrados bien, en el marco de tratamientos individualizados, basados exclusivamente en la prescripción de medicación o bien, en el marco de terapias combinadas desarrolladas para abordar desórdenes específicos como por ejemplo, en la infancia, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

En este sentido, DuPaul y Barkley (1993) subrayan la utilidad de los métodos de evaluación conductual pues permiten evaluar con éxito entre otras cuestiones, los efectos de la secuencia del tratamiento, la validez social de los cambios terapéuticos consecuentes a la medicación, la convergencia entre las medidas conductuales y los datos proporcionados por otras fuentes así como, la variabili-

dad de los cambios conductuales en función del contenido y dimensiones del tratamiento. Al mismo tiempo, los procedimientos conductuales permiten cuantificar y determinar las diferencias individuales en la respuesta a la medicación y planificar el tratamiento en aspectos tan específicos como la selección de las dosis más adecuadas para cada individuo.

En todo caso, las cuestiones básicas que han guiado la investigación y aplicación combinada de terapias conductuales y farmacológicas en el ámbito clínico fueron planteadas por Hollon y Beck (1978) en los siguientes términos: *¿Puede un tipo de tratamiento o la combinación de ambos ser superior al otro?*, *¿Cuáles son las consecuencias de combinar dos tipos de tratamientos?* Como punto de partida, ya los propios autores señalaban que las respuestas a ambas cuestiones necesariamente tenían que matizarse en función de los trastornos específicos abordados y de los pacientes concretos a quienes se les habían administrado las terapias.

Desde entonces la respuesta a la primera pregunta se ha visto precedida de un considerable volumen de trabajos encaminados a analizar la eficacia comparativa de ambas alternativas terapéuticas. Sin embargo, la tarea no es fácil ni se encuentra exenta de problemas. Como indican Whalen y Henker (1991), al comparar ambos tratamientos administrados en la hiperactividad infantil, existen serias dificultades para extraer conclusiones definitivas al respecto debido a la incidencia de factores tan diversos como la heterogeneidad de las muestras de niños hiperactivos seleccionados, la procedencia diversa y a veces no precisada de los sujetos, seleccionados, a su vez, a partir de diagnósticos confusos e imprecisos. A estos factores se añaden la inadecuación y falta de concordancia de las evaluaciones realizadas (distintas medidas de evaluación, diferentes instrumentos y fuentes consultadas) sin olvidar, las diferencias intra e intersujeto en las respuestas al tratamiento y la evaluación de los tratamientos sin especificar previamente cuáles son sus componentes básicos.

No obstante, en un intento por superar estas limitaciones y establecer un marco de referencia común, Whalen y Henker (1991) han planteado las dimensiones y parámetros a considerar para establecer la eficacia comparativa de distintos enfoques terapéuticos (Tabla I).

Respecto a la segunda cuestión planteada por Hollon y Beck (1978) referida a los resultados de la combinación de distintos tipos de tratamientos, se han descrito en la bibliografía efectos de *adicción*, *potenciación*, *inhibición* y *reciprocación* (Marks, 1982). De este modo, los efectos de dos tratamientos pueden sumarse, provocar un efecto superior a la simple adición de los mismos, o bien

TABLA I

PARAMETROS PARA LA COMPARACION Y CONTRASTE DE DISTINTAS MODALIDADES DE TRATAMIENTO

APLICABILIDAD	¿Cuál es el ámbito de aplicación de los problemas que pueden ser tratados y el alcance de su efectividad en el desarrollo?
ADAPTABILIDAD	¿Con qué facilidad un tratamiento puede ser acorde con los requisitos evolutivos y clínicos particulares?.
ENTRENAMIENTO	¿Con que facilidad pueden ser identificadas y enseñadas las habilidades y las características básicas del terapeuta?
DISPONIBILIDAD	Una vez que la investigación inicial y la demostración de objetivos concluye, ¿Con qué rapidez un tratamiento puede ser administrado a personas de bajas condiciones de vida?
EVALUACION/ CONTROL DE RESULTADOS	¿Cómo puede asegurarse realmente el desarrollo de los patrones comportamentales a través de los diversos tratamientos administrados?
COMPATIBILIDAD	¿Con qué facilidad un tratamiento puede ser combinado con otro que sea necesario o con otras intervenciones igualmente deseables?
MANTENIMIENTO	¿Cuál es la estabilidad de la mejoría durante el curso del tratamiento y cuánto tiempo pueden mantenerse los beneficios obtenidos una vez finalizado éste?
GENERALIZACION	¿Cómo hacer generalizables los resultados positivos obtenidos mas allá de los objetivos del tratamiento o de las técnicas terapéuticas utilizadas? ¿Cuál es el alcance y la cualidad de los efectos positivos?
EFFECTOS SECUNDARIOS	¿Qué amplitud y seriedad tienen los efectos secundarios e indeseables surgidos a partir del tratamiento?
POSIBILIDAD DE APLICACION	¿Hasta qué punto es manejable la suma de consecuencias temporales, psicológicas, económicas, etc., sobre el niño y las personas que le rodean?
EFFECTOS INDIRECTOS	¿Qué probabilidad hay de que el niño se vea afectado por la participación en el tratamiento?
ACEPTABILIDAD	¿Hasta qué punto es aconsejable y adecuado el ajuste entre los valores y objetivos del cliente y las tendencias, filosofías y estrategias terapéuticas?

Fuente: Whalen y Henker, (1991).

originar un efecto inferior al provocado por cada tratamiento individualmente, o finalmente, desencadenar un resultado conjunto que no supera al originado por cada tratamiento administrado por separado.

Tomando como referencia estos efectos, la administración combinada de diferentes alternativas terapéuticas se ha planteado con el objetivo genérico de potenciar la acción que logra cada opción terapéutica individualmente, reducir los costes y efectos secundarios, minimizar las limitaciones relacionadas con la puesta en práctica de los distintos tratamientos y finalmente, asegurar el mantenimiento y generalización de los efectos terapéuticos una vez finalizada la terapia (Pelham y Murphy, 1986).

EL EJEMPLO DE LA HIPERACTIVIDAD INFANTIL

Como señalan DuPaul y Barkley (1993), en realidad las ventajas de las terapias combinadas susceptibles de aplicarse en la psicopatología infantil se basan exclusivamente en las conclusiones extraídas de los tratamientos aplicados al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, pues los tratamientos combinados apenas se han probado en la infancia a excepción de este trastorno (Echeburúa y Corral, 1995) que ha sido objeto de interés clínico y terapéutico desde hace décadas, entre otras razones, porque tal como argumentaba Pelechano (1980), los adultos se muestran especialmente sensibles respecto a sus síntomas y alteraciones características.

Uno de los primeros trabajos en los que se discute sobre las dos alternativas terapéuticas más comunes (tratamientos conductuales y farmacológicos) y las posibilidades de administración conjunta fue publicado por Wunderlich (1973), quien al mismo tiempo que subrayaba los efectos y limitaciones de la medicación estimulante, (tratamiento de elección durante los años setenta y parte de la década de los ochenta) planteaba por un lado, la posibilidad de entrenar específicamente al niño hiperactivo para favorecer la inhibición motora y por otro, acompañar esta actuación con procedimientos como desensibilización y entrenamiento conductual a los adultos con el objetivo de facilitar el control del comportamiento infantil en el medio natural.

Desde entonces, las propuestas sobre combinación de tratamientos en este ámbito se han visto precedidas por un considerable volumen de trabajos que han analizado los resultados de ambas alternativas por separado.

1. Terapias farmacológicas: El punto de partida

La investigación sobre las terapias farmacológicas es amplia y exhaustiva y se ha desarrollado desde los años setenta en torno a las siguientes líneas de actuación: a) Valoración de la eficacia de los fármacos administrados, especialmente, estimulantes, b) Variables y factores que maximizan la eficacia de los fármacos (dosis óptimas, variables clínicas, factores sociodemográficos), c) Efectos y limitaciones no deseadas, d) Evaluación de los resultados terapéuticos a corto y largo plazo, y finalmente, e) Repercusión social de la medicación.

Los trabajos publicados han revelado que aproximadamente entre el 60% y el 88,5% de los niños diagnosticados como hiperactivos se benefician de la prescripción de medicación estimulante, tratamiento de elección en estos casos (Hartlage y Telzrow, 1982; Ottenbacher y Cooper, 1983), pese a que para resolver este trastorno también se han prescrito tranquilizantes, antidepresivos y sales de litio. Se observan mejorías en los síntomas y alteraciones características, hiperactividad motora, impulsividad, y déficit de atención al tiempo, que disminuyen las peleas, agresiones y las conductas desafiantes (Allen, Safer y Covi, 1975). Además, estos efectos, en ocasiones llamativos respecto al comportamiento observado antes del tratamiento, se aprecian a corto plazo (Klicpera, 1978; Safer y Krager, 1989).

Entre la medicación estimulante prescrita el metilfenidato, cuya eficacia se ha comparado con placebo (Weiss, 1975), otros fármacos estimulantes, como dextroanfetamina (Aman y Sprague,

1974) y pemolina, neurolépticos como haloperidol (Barker, 1975; Werry, Aman y Lampen, 1976) y antidepresivos como imipramina (Greenberg, Yellin, Spring y Metcalf, 1975), ha resultado ser el más efectivo. El metilfenidato disminuye el comportamiento motor excesivo y reduce la inquietud (Wade, 1976), al tiempo que contribuye a mejorar la atención y el aprendizaje en situaciones que exigen conformidad con las demandas escolares (Ellis, Witt, Reynolds y Sprague, 1974; Swanson y Kinsbourne, 1976). No obstante, su efectividad no parece universal ni homogénea, observándose gran variabilidad en la magnitud de las mejorías conductuales registradas que, según diversos estudios depende de la afectación y gravedad de los problemas infantiles y de las situaciones en las que los niños se muestran hiperactivos (Lambert, Windmiller, Sandoval y Moore, 1976).

Además, los porcentajes de éxito terapéutico varían según las fuentes consultadas y los trabajos revisados, de ahí que no existan datos concluyentes al respecto pues, como señala Gadow (1981), el resultado de los fármacos estimulantes aplicados en este trastorno depende de numerosos factores entre ellos destacan las dosis prescritas, las características individuales de los niños tratados así como las demandas de las tareas exigidas y, también, las variables ambientales implicadas.

2. Terapias conductuales-cognitivas: La alternativa

El tratamiento conductual desarrollado a partir de los años sesenta se apoya básicamente en los fundamentos del análisis conductual aplicado y la teoría del aprendizaje social (Abikoff y Klein, 1992), de ahí que los procedimientos administrados en estos casos incluyan, entre otros, reforzamiento, coste de respuesta (laboni, Douglas y Baker, 1995), tiempo fuera y economía de fichas junto a entrenamiento de coterapeutas, padres y profesores (Barkley, Guevremont, Anastopoulos y Fletcher, 1992).

En los años setenta, Cantwell (1974), Renstrom (1976) y sobre todo, Alabiso (1975) demostraron, entre otros autores, las posibilidades del control operante para controlar las conductas de atención e inhibir los comportamientos hiperactivos. Posteriormente, Johnson, Yehel y Stack (1989) entrenaron con éxito a la madre de una niña de seis años que no había respondido al tratamiento farmacológico y en esta línea de actuación, Erhardt y Backer (1990) y Blakermore, Shindler y Conte (1993) años más tarde, subrayaron los beneficios terapéuticos de los programas de entrenamiento a padres al mejorar el control que éstos ejercen sobre las conductas desadaptadas de los niños, incrementar

sus habilidades de resolución de problemas en situaciones específicas y reducir en el niño los niveles de estrés.

Sin embargo, pese a estos resultados, los tratamientos conductuales no se encuentran exentos de problemas y limitaciones. Así, los efectos positivos que se observan a corto plazo apenas se mantienen una vez finalizada la terapia y, además, el éxito de las intervenciones depende en gran medida de la competencia y colaboración de los padres y profesores que, en el mejor de los casos, no generalizan las habilidades aprendidas a otras conductas no tratadas específicamente (Abikoff y Klein, 1992).

Estos tratamientos se han visto apoyados y complementados con la introducción y aplicación de técnicas cognitivas, fundamentadas en los supuestos según los Cuáles los problemas conductuales y de atención que presentan los niños hiperactivos son el resultado de déficit en estrategias cognitivas (Meichenbaum, 1981). El *Entrenamiento en autoinstrucciones* (Meichenbaum y Goodman, 1971), la *Terapia de Solución de Problemas Interpersonales* (Spivack y Shure, 1974) junto a procedimientos de auto-observación y auto-reforzamiento constituyen las técnicas empleadas comúnmente (Abikoff, 1987) que a su vez, se han combinado con reforzamiento, coste de respuesta, modelado y entrenamiento a padres (Gutiérrez-Moyano y Becoña, 1989).

Finalmente hemos de añadir que si bien las técnicas cognitivas contribuyen a incrementar la efectividad clínica de las intervenciones terapéuticas, los resultados son todavía muy provisionales en cuanto a su eficacia diferencial (Abikoff y Klein, 1992) y a su supuesta utilidad para favorecer la generalización y mantenimiento de los resultados obtenidos, aspecto éste último que aún queda lejos de ser confirmado definitivamente (Abikoff, 1987).

3. Terapias combinadas: Algunos datos de interés.

Sin menospreciar los resultados favorables que han obtenido tanto los tratamientos farmacológicos como las terapias conductuales y cognitivas, el estado de las investigaciones muestra que cualquiera de estas alternativas terapéuticas por sí sola, no constituye en sí misma una estrategia suficientemente eficaz para mejorar de manera significativa el comportamiento alterado y los déficit característicos de los niños hiperactivos (Moreno García, 1995). De ahí que los trabajos sobre combinación de terapias farmacológicas y conductuales-cognitivas hayan proliferado en los últimos tiempos, especialmente, a partir de los años setenta en los que ya Safer y Allen (1979) señalaban que

no existía incompatibilidad alguna entre ambas opciones, y defendían su aplicación conjunta a partir de la administración secuencial de las mismas, esgrimiendo entre otras ventajas potenciación de los efectos, reducción de la dosis prescrita y de la complejidad de las intervenciones conductuales, así como el mantenimiento de los beneficios terapéuticos logrados

En este contexto hemos analizado a partir de la revisión de trabajos publicados en el repertorio bibliográfico *Psychological Abstracts* entre 1974-1994, la efectividad de ambas terapias administradas individualmente y combinadas, con el objetivo de comprobar si una alternativa es claramente superior a la otra, o si por el contrario, la combinación es más eficaz que la administración individualizada (Rapport, Murphy y Bailey, 1980; Abramowitz, Eckstrand, O'Leary y Dulcan, 1992).

Aun cuando los problemas de espacio limitan una exposición detallada de los resultados, como primera aproximación y sin perjuicio de volver en futuras ocasiones sobre el tema, podemos indicar que la metodología empleada en las investigaciones publicadas sobre tratamiento de la hiperactividad infantil incluye diseños de caso único (Ayllon, Layman y Kandel, 1975; Abramowitz, Eckstrand, O'Leary y Dulcan, 1992) y de comparación de grupos (Bungental, Whalen y Henker, 1977; Carlson, Pelham, Milich y Dixon, 1992), sin prescindir asimismo, de los estudios de casos. Sin embargo, en general, los datos sobre seguimiento son escasos y limitados.

Las conclusiones sobre efectividad de los tratamientos se han establecido en los trabajos que hemos analizado, a partir de los cambios detectados en las conductas de sobreactividad motora, en los problemas de atención, rendimiento académico y en las relaciones interpersonales entre el niño hiperactivo y sus iguales (Pelham y Bender, 1982). También se han considerado el mantenimiento y persistencia de los resultados obtenidos (Firestone, Crowe, Goodman y McGrath, 1986).

Aparte de otros resultados, el modo de llevar a la práctica la combinación propuesto por Safer y Allen (1979) según el cual, el primer componente de la terapia debía ser la prescripción de fármacos y el segundo, la aplicación de técnicas conductuales, se ha visto corroborado en trabajos posteriores (Pelham, Schnedler, Bologna y Contreras, 1980).

Sin embargo, el estado actual de las investigaciones no permite establecer conclusiones definitivas respecto a la superioridad de una u otra alternativa terapéutica e incluso, respecto a la combinación de ambas, porque los resultados proporcionados son contradictorios. Así por ejemplo, mientras que los trabajos de Rapport, Murphy y Bailey (1982) y Rumanin (1988) muestran efectos superiores de las técnicas conductuales respecto a

la medicación, en la investigación de Carlson, Pelham, Milich y Dixon (1992) se concluye que si bien ambos tratamientos originaban mejoras equivalentes en el comportamiento alterado de los niños tratados en clase, el metilfenidato, sin embargo, aumentó la productividad y precisión de los alumnos en las tareas académicas.

De manera similar, los planteamientos que defienden la utilidad de los tratamientos combinados al esperar una adicción y potenciación de los efectos terapéuticos quedan lejos de ser claramente avalados por los trabajos publicados hasta el momento, pues si bien Hinshaw, Henher y Whalen (1984) concluyen que la combinación es la opción más eficaz pues origina más efectos que la administración de la terapia farmacológica por sí sola (Hornd, Chatoor y Conners, 1983), otras investigaciones no han apreciado diferencias significativas entre ambas alternativas terapéuticas (Cohen, Sullivan, Minde, Novak y Helwing, 1981; Abikoff y Gittelman, 1985; Brown Wynne y Medenis, 1985; Brown, Borden, Wynne, Scheleser y Clinerman, 1986).

Así pues, los datos sobre tratamientos combinados por inconsistentes aún resultan insuficientes y apenas concluyentes para fomentar de manera exclusiva la administración de este tipo de tratamiento. Y además, en todo caso, las conclusiones definitivas al respecto han de atender a los problemas metodológicos que presentan los trabajos publicados y que en opinión de Abikoff y Klein (1992), se concretan en el diseño de las investigaciones y en las medidas adoptadas para evaluar la eficacia de las terapias administradas.

CONCLUSIONES

La preocupación por evaluar la eficacia de los tratamientos infantiles y el interés por dar respuesta a los problemas complejos que presentan los niños, son algunas de las razones que llevan en la actualidad a plantear las posibilidades terapéuticas de una modalidad de tratamiento basada en la aplicación combinada de terapias que individualmente han demostrado ser eficaces. Desde esta perspectiva, el ámbito clínico infantil se beneficia de las aportaciones que la iniciativa ha obtenido en los

tratamientos con adultos y de los resultados extraídos cuando se ha empleado en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Pese a que los hallazgos no son del todo concluyentes en el tratamiento de la hiperactividad y sin olvidar ni menospreciar asimismo, los efectos secundarios de carácter físico y psicológico que la medicación prolongada puede originar en los niños y en su entorno familiar y social, coincidimos con Echeburúa y Corral (1995) en señalar que esta modalidad terapéutica puede incidir positivamente en aspectos relevantes del tratamiento como la motivación del paciente (desde nuestra perspectiva, no sólo en el niño sino también en sus padres), respecto a los tratamientos conductuales e indirectamente, incrementar su colaboración y cooperación para garantizar el éxito de los mismos cuando éstos se desarrollan en el contexto natural.

No obstante, los planteamientos más optimistas que sugieren la utilidad y ventajas de esta opción terapéutica no ocultan que existen aún enormes dificultades e interrogantes antes de lograr su aplicación extensiva en los problemas clínicos infantiles. Así, al carácter provisional de los resultados sobre su efectos terapéuticos en aquellos trastornos abordados, se añade el desconocimiento de sus efectos secundarios y su alcance real. Además quedan otras cuestiones pendientes de resolver en investigaciones futuras sobre el tema como por ejemplo, la relación entre las dosis de fármacos administradas y la complejidad de las intervenciones conductuales, la influencia de las variables individuales y la cronicidad de los problemas infantiles planteados, los factores implicados en la adherencia a las prescripciones terapéuticas por parte del propio niño y los adultos encargados de poner en práctica los métodos conductuales en el medio natural, etc. Sin olvidar, asimismo, las dudas sobre el modo de coordinar la aplicación combinada de los tratamientos y la necesidad de unificar los criterios de eficacia terapéutica, entre otros aspectos.

En todo caso, a pesar de los interrogantes aún pendientes, entendemos que los tratamientos que resultan de la combinación de psicofármacos y métodos conductuales constituyen una seria alternativa y un reto para la investigación futura sobre efectividad terapéutica en el marco infantil.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abikoff, H. (1983, august). Academic cognitive training and stimulants in hyperactivity: a pilot study. Paper presented at the annual meeting of the american psychological association, anaheim, ca.
2. Abikoff, H. (1985): Efficacy of cognitive training inter-

- ventions in Hyperactive children: A critical review. *Clinical psychology review*, 5, 479-512.
3. Abikoff, H. (1987). An Evaluation of Cognitive Behavior Therapy for hyperactive children. *Advances in Clinical Child Psychology*. Plenum Press, vol. 10, 171-216.

4. Abikoff, H. y Klein, R.G. (1992). Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: comorbidity and implications for treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60, 881-892.
5. Abikoff, H y Gittelman, R. (1985). Hyperactive children maintained on stimulants: Is cognitive training a useful adjunct?. *Archives of General Psychiatry*, 42, 953-961.
6. Abramowitz, A.J.; Eckstrand, D.; O'Leary, S.G. y Dulcan, M.K. (1992): ADHD children's responses to stimulant medication and two intensities of a behavioral intervention. *Special Issues: Treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Behavior-Modification*, Vol. 16(2) 193-203.
7. Alabiso, F. (1975): Operant control of attention behavior: A treatment for hyperactivity. *Behavior Therapy*, 6(1), 39-42.
8. Allen, R.P.; Safer, D. y Covi, L. (1975): Effects of psychostimulants on aggression. *Journal of nervous and Mental Disease*, 160(2), 138-145.
9. Aman, M.G. y Sprague, R.L. (1974): The state-dependent effects of methylphenidate and dextroamphetamine. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 158(4), 268-279.
10. Arnold, L.; Sheridan, K. y Estreicher, D. (1986): Multi-family parent-child group therapy for behavior and learning disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychotherapy*, 3(4), 279-284.
11. Ayllon, T.; Layman, D. y Henry, J. (1975): A behavioral-educational alternative to drug control of hyperactive children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8(2), 137-146.
12. Backman, J. y Firestone, E. (1979). A review of psychopharmacological and behavioral approaches to the treatment of hyperactive children. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 49(3), 500-504.
13. Barker, P. (1975): Haloperidol. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 16(2), 169-172.
14. Barkley, R. A.; Guevremont, D. C.; Anastopoulos, A. D. y Fletcher, K. E. (1992): A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 450-462.
15. Blackmore, B.; Shindler, S. y Conte, R. (1993): A problem solving training program for parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Canadian Journal of School Psychology*, 9(1), 66-85.
16. Blanco Picabia, A.; Rodríguez, G. J. M.; Rodríguez F. L. y Gile, G. E. (1989a): Intervención psicológica en el hospital general. *Phronesis*, 1, 9-22.
17. Blanco Picabia, A.; Rodríguez, F. L.; Rodríguez, G. J. M.; Fajardo, G. J. y Corcia, B. S. (1989b): El psicólogo en una unidad de cuidados intensivos generales. *Phronesis*, 1, 22-33.
18. Brown, R.T. (1980). Impulsivity and psychoeducational intervention in hyperactive children. *Journal of learning disabilities*, 13(5), 249-254.
19. Brown, R.T., Wynne, M.E., y Medenis, R. (1985). Methylphenidate and cognitive therapy: A comparison of treatment approaches with hiperactive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 69-87.
20. Brown, R.T., Borden, K.A., Wynne, M. E., Schleser, R. y Clingerman, S. R. (1986). Methylphenidate and cognitive therapy with ADD children: A methodological reconsideration. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 481-497.
21. Bugental, D.B.; Whalen, C.K. y Henker, B. (1977). Causal attributions of hyperactive children and motivational assumptions of two behavior-change approaches: evidence for an interactionist position. *Child-development*, 48(3), 874-884.
22. Campbell, M.; Cohen, I. L. y Perry, R. (1986): Tratamiento psicofarmacológico. En H.T. Ollendick y M. Hersen (Eds.): *Psicopatología Infantil*. Barcelona. Martínez Roca.
23. Cantwell, D.P. (1974). Early intervention with hyperactive children. *Journal of Operational Psychiatry*, Vol, 6, (1), 56-67.
24. Carlson, C.L.; Pelhan, W.E.; Milich, R. y Dixon, J. (1992): Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on the classroom performance of children with attention - deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal Child Psychology*, Vol. 20 (2) 213-232.
25. Cohen, N.; Sullivan, J.; Novack, C. y Helwig, C. (1981). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 9(1), 43-54.
26. DuPaul, G. J. y Barkley, R.A. (1993): Behavioral contributions to phachildren. *Journal of Operational Psychiatry*, 6(1), 56-67.
27. Echeburúa, E. (1993): Trastornos de ansiedad en la infancia. Madrid. Pirámide.
28. Echeburúa, E. y Corral, P. (1991): Eficacia terapéutica de los psicofármacos y de la exposición en el tratamiento de la agorafobia/trastorno de pánico: una revisión. *Clínica y Salud*, 2, 227-241.
29. Echeburúa, E. y Corral, P. (1995): Interacciones entre la terapia de conducta y los tratamientos psicofarmacológicos. *Boletín de Psicología*, 46, 95-113.
30. Eisert, H.G.; Eisert, M. y Schmitdt, M.H. (1982). Stimulanttherapie und Kognitive Verhaltensmodifikation bei hyperaktiven Kindern. *Zeitschrift fur kinder und Jugendpsychiatrie*, 10(3), 196-215.
31. Ellis, M. J.; Witt, P.A.; Reynolds, R. y Sprage, R.L. (1974): Methylphenidate and the activity of hyperactives in the informal setting. *Child Development*, 45(1), 217-220.
32. Erhardt, D.; Baker, B. L. (1990): The effects of behavioral parent training on families with young hyperactive children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 21(2), 121-132.
33. Firestone, P.; Crowe, D.; Goodman, J.T. y McGrath, P. (1986): Vicissitudes of follow-up studies: Differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(2), 184-194.
34. Foa, E.B.; Kozak, M.J.; Stexette, G.S. y McCarty, P.R. (1992): Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behaviour therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 279-292.
35. Gadow, K.D. (1981): Effects of stimulants drugs on attention and cognitive deficits. *Exceptional Education Quarterly*, 2(3), 83-93.
36. Gadow, K.D. (1991): Clinical issues in child and adolescent psychopharmacology. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59, 842-852.
37. Greenberg, L.M.; Yellin, A.M.; Spring, C. y Metcalf, M. (1975): Clinical effects of imipramine and methylphenidate in hyperactive children. *International Journal of Mental Health*, 4(1-2), 144-156.
38. Gutiérrez-Moyano, M. M. y Becoña, I. E. (1989): Tratamiento de la hiperactividad. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7, 3-17.
39. Hartlage, L.C. y Telzrow, C.F. (1982): Neuropsychological disorders in children: Effects of medication on learning and behavior in hyperactivity. *Journal of Research and Development in Education*, 15(3), 55-65.
40. Hinshaw, S.p.; Henker, B. y Whalen, C.K. (1984-a). Cognitive-behavioural and pharmacologic interventions for

- hyperactive boys: Comparative and combined effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52, 739-749.
41. Hinshaw, S.P., Henker, B. y Whalen, C.K. (1984-b). Self-control in hyperactive boys in anger-inducing situations: Effects of cognitive-behavioral training and of methylphenidate. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 55-57.
 42. Hinshaw, S.P.; Lahey, B.B. y Hart, E.L. (1993): Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-49.
 43. Hollon, S. D. y Beck, A. T. (1978): Psychotherapy and drug therapy: comparison and combinations. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York. Wiley.
 44. Horn, W.F.; Chatoor, I.; y Connors, C.K. (1983). Additive effects of Dexedrine and self-control training: A multiple assessment. *Behavior modification*, 7, 383-402.
 45. Iaboni, F.; Douglas, V. I. y Baker, A. G. (1995): Effects of reward and response costs on inhibition in ADHD children. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 232-240.
 46. Johnson, C.M.; Yehl, J.F. y Stack, J.M. (1989): Compliance training in a child with attention deficit hyperactivity disorder: A case study. *Family Practice Research Journal*, 9(1), 73-80.
 47. Kazdin, A. E. (1990): Psychotherapy for children and adolescent. *Annual Review of Psychology*, 41, 21-54.
 48. Kazdin, A. E. (1991): Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 785-798.
 49. Klerman, G.L. (1974): Combining drugs and psychotherapy in the treatment of depression. In M Greenblatt (Ed.). *Drugs in combination with other therapies*. New York. Grune and Stratton.
 50. Klicpera, C. (1978): Effects and side effects in the treatment of children with stimulants. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*, 46(7), 392-414.
 51. Labrador, F. J. (1990): Aspectos básicos de la modificación de conducta. En M. A. Vallejo, E. Fernández y F. J. Labrador (Eds.) *Modificación de conducta. Análisis de casos*. Madrid. TEA.
 52. Lambert, N.M.; Windmiller, M.; Sandoval, J. y Moore, B. (1976): Hyperactive children and the efficacy of psychoactive drugs as a treatment intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 46(2), 335-352.
 53. Marsh, E.J. y Barkley, A. (1986): Assessment of family interaction with the response-class matrix. *Advance in Behavioral Assessment of Children and Families*, 2, 29-67.
 54. Marks, I. (1982): Drugs combined with behavioral psychotherapy. En A. E. Kazdin (Eds.): *International handbook of behavior modification and therapy*. New York. Plenum Press.
 55. Marks, I. (1991): Miedos, fobias y rituales. *Clínica y Tratamientos*. Barcelona. Martínez Roca.
 56. McDonald, J.E. (1978). Pharmacologic treatment and behavior therapy: Allies in the management of hyperactive children. *Psychology in the School*. Vol 15 (2), 270-274.
 57. Meichenbaum, D. (1981): Una perspectiva cognitivo-comportamental del proceso de socialización. *Análisis y Modificación de Conducta*, 7, 85-113.
 58. Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1979): Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
 59. Meichenbaum, D. y Turk, D.C. (1991): Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Bilbao. Descée de Brouwer.
 60. Moreno, G.I. (1995): Hiperactividad, Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia. Madrid. Pirámide.
 61. Ottenbacher KJ, Cooper, HM (1983): Drug treatment of hyperactivity in children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 25(3), 358-366.
 62. O'Leary, K. D. (1980). Pills or skills for hyperactive children. *Journal of Applied Behavior Analysis*. Vol 13(1), 191-204.
 63. Ollendick, T.H. y Neville, J.K. (1994): Diagnosis, assessment, and treatment of internalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 918-927.
 64. Pelechano, V. (1980): *Terapia familiar comunitaria*. Alfaplús. Valencia.
 65. Pelham, W. E. y Murphy, H. A. (1986): Attention deficit and conduct disorders. En M. Hersen (Ed.) *Pharmacological and behavioral treatment. An integrative approach*. New York. Wiley.
 66. Pelham, W.E.; Schnedler, R.W.; Bologna, N.C. y Contreras J.A. (1980): Behavioral and stimulant treatment of hyperactive children: A therapy study with methylphenidate probes in a within-subject design. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13(2), 221-236.
 67. Pelham, W.E. y Bender, M.E. (1982): Peer relationship in hyperactive children: Description and treatment. *Advances in Learning and Behavioral Disabilities*, 1, 365-436.
 68. Pelham, W.E.; Schenedler, R.W.; Bologna, N.C. y Contreras J.A. (1980). Behavioral and stimulant treatment of hyperactive children: A therapy study with methylphenidate probes in a within subject design. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13(2), 221-236.
 69. Prior, M.R.; Wallace, M. y Milton, I. (1984). Schedule-induced behavior in hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Vol 12 (2), 227-243.
 70. Rapport, M.D.; Murphy, A. y Bailey, J.S. (1980): The effects of a response cost treatment tactic on hyperactive children. *Journal of School Psychology*, 18(2), 98-111.
 71. Rapport, M.D.; Murphy, H.A. y Bailey, J.S. (1982). Ritalin vs. response cost in the control of hyperactive children: A within-subject comparison. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15(2), 205-216.
 72. Remstrom, R. (1976): The teacher and the social worker in stimulant drug treatment of hyperactive children. *School Review*, 85(1), 97-108.
 73. Rosen, L.A.; O'Leary, S.G. y Conway, G. (1985). The withdrawal of stimulant medication for hyperactivity: Overcoming detrimental attributions. *Behavior-therapy*, vol 16 (5), 538-544.
 74. Romain, B. (1988): Efficacy of behavior management versus methyl-phenidate in hyperactive child: The role of dynamics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(3), 466-469.
 75. Safer, D. J. y Allen, R. P. (1979): Niños hiperactivos. *Diagnóstico y tratamiento*. Madrid. Santillana.
 76. Safer, D.; Krager, J.M. (1989): Hyperactivity and inattentiveness: School assessment of stimulant treatment. *Clinical Pediatrics*, 28(5), 216-221.
 77. Sigelman, C.K., Shorokey, J.J. (1986). Effects of treatments and their outcomes on peer perceptions of a hyperactive child. *Journal of abnormal child psychology*, 14, 397-410.
 78. Silverstein, J.M. y Allison, D.B. (1994): The comparative efficacy of antecedent exercise and methylphenidate: A single-case randomized trial. *Child-Care, Health and Development*, 20(1), 47-60.
 79. Steven, D. H. y Beck, A. T. (1978): Psychotherapy and drug therapy: comparison and combinations. En S.L.

- Garfield y A. E. Bergin (Eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York. Wiley and sons.
80. Spivack, G. y Shure, M. B. (1974): Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real-life problems. San Francisco, Jossey-Bass.
 81. Swanson, J.M. y Kinsbourne, M. (1976): Stimulant-related state-dependent learning in hyperactive children. *Science*. 192(4246), 1354-1357.
 82. Toro, J. (1992): Enuresis: causas y tratamiento. Barcelona. Martínez Roca.
 83. Toro, J. (1995): Psicofarmacología de la infancia y la adolescencia. *Archivos de Pediatría*, 46, 76-86.
 84. Wade, M. G. (1976): Effects of methylphenidate on motor skill acquisition of hyperactive children. *Journal of Learning Disabilities*. 9(7), 443-447.
 85. Weiss, G. (1975): The natural history of hyperactivity in childhood and treatment with stimulant medication at different ages: A summary of research findings. *International Journal of Mental Health*. 4(1-2), 213-226.
 86. Werry, J.S.; Aman, M.G. y Lampen, E. (1976): Haloperidol and methylphenidate in hyperactive children. *Acta Paedopsychiatrica*. 42(1), 26-40.
 87. Whalen, C. K. y Henker, B. (1991): Therapies for hyperactive children: comparisons, combinations and compromises. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59, 126-137.
 88. White, J. (1981). The hyperactive child in adolescence: Some pharmacologic approaches. *Journal of adolescence*. 4(1), 79-86.
 89. Wolraich, M.; Drummond, Salomon, O'Brien y Sivage (1978). Effects of methylphenidate alone and in combination with behavior modification procedures on the behavior and academic performance of hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6(1), 149-161.
 90. Wunderlich, R.C. (1973): Treatment of hyperactive child. *Academic Therapy*. 8(4), 375-390.
 91. Yellin, A.M.; Kendall, P.C. y Greenberg, L.M. (1981). Cognitive-behavioral therapy and methylphenidate with hyperactive children: Preliminary comparisons. *Research Communications in Psychology, Psychiatry and Behavior*, 6(3), 213-227.