



http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html

CIENCIA, ÉTICA Y EL TRATAMIENTO PSICOSOCIAL DEL TDAH

Lawrence Diller y Sam Goldstein

Psicopatol. salud ment. 2007, M2, 17-22

Suscripción Revista: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

Subscription Journal: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

EDITA FUNDACIÓ ORIENTA
www.fundacioorienta.com/revista.html

Ciencia, ética y el tratamiento psicosocial del TDAH*

LAWRENCE DILLER¹ Y SAM GOLDSTEIN²

“Ninguna tarea o hipótesis científica está completamente divorciada de los valores sociales de su tiempo y lugar.”

Russell A. Barkley, PhD

Los tratamientos psicosociales, como la modificación de conducta, figuran de forma destacada en las líneas directrices de tratamiento del TDAH de la Academia Americana de Pediatría (2000, 2001) y de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP; Greenhill, 2002). Pero, dados los resultados de recientes investigaciones, ¿son estas recomendaciones simplemente concesiones políticas al modelo biopsicosocial? ¿Están los padres injustamente sesgados cuando puntúan la terapia conductual como más aceptable que la medicación para el tratamiento del TDAH de sus hijos (Krain, Kendall, and Power, 2005)? ¿Ha llegado finalmente el momento de reconocer que las intervenciones psicosociales añaden "nada" al tratamiento con medicación estimulante y no deben proseguir para el TDAH sencillo o poco complicado tal como han sugerido recientemente algunas destacadas reseñas (Rappley, 2005)? Las respuestas a estas y otras preguntas relacionadas, aunque importante para las familias individuales, también tienen grandes implicaciones en las políticas sociales (por ejemplo, la financiación de escuelas, programas de educación parental o modalidades de tratamiento). Se supone que las respuestas a estas preguntas son conocidas y que orientan de forma imparcial y razonable estas políticas. Sin embargo, en su mayor parte, no son conocidas ni orientan las políticas.

Más de 100 estudios demuestran que los programas de entrenamiento de padres y profesores mejoran el comportamiento infantil, reducen las conductas disruptivas, y mejoran las interacciones padres/profesor-niños

(Maughan, Christiansen, Jenson, Olympia, and Clark, 2005; Pelham et al., 2005; Pelham, Wheeler, and Chronis, 1998). Aunque numerosos estudios a corto plazo han demostrado científicamente la eficacia de las intervenciones psicosociales para el TDAH (Evans, Langberg, Raggi, Allen, and Buvinger, 2005; Semrud-Clikeman et al., 1999; Tutty, Gephart, and Wurzbacher, 2003), la argumentación del estatus exclusivo de la medicación en el tratamiento del TDAH proviene de dos importantes estudios. El primero es el estudio del Instituto Nacional de Salud Mental sobre el Tratamiento del TDAH (MTA) que continúa en curso con 600 niños (Sección Especial, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2001). Tres años después de la publicación de los resultados iniciales del MTA, Klein et al. publicaron una serie de artículos revisando el estudio de 103 niños durante un periodo de 3 años (Klein, Abikoff, Hechtman, and Weiss, 2004; Klein, Weiss et al., 2004). Una población multise-de de niños afectados de TDAH, muy bien cribados y diagnosticados, conformaban los sujetos de ambos estudios. De mayor importancia fue que, a diferencia de la previa investigación a largo plazo del TDAH, los niños en ambos estudios se distribuyeron aleatoriamente en grupos de sólo medicación, tratamiento combinado y tratamiento comunitario.

Los titulares iniciales del estudio MTA enfatizaban que el grupo combinado de medicación y tratamiento psicosocial no funcionaba mejor que el grupo de medicación sola. Sin embargo, el análisis posterior de los

* Editorial del *Journal of Attention Disorders*, volumen 9, número 4, mayo 2006, 571-574

1. Editor adjunt del *Journal of Attention Disorders*

2. Editor del *Journal of Attention Disorders*

datos indicaba que esto era únicamente cierto para la minoría de niños con TDAH poco complicado (Conners et al., 2001). La mayoría de los participantes diagnosticados con TDAH también tenían un Trastorno desafiante oposicionista y/o ansiedad comórbida. Añadir, para esta juventud, el componente psicosocial al tratamiento farmacológico mejoraba estadísticamente los resultados comparado con el grupo de medicación sola (Conners et al., 2001). Los datos recogidos tras 2 años tendían a seguir disminuyendo la superioridad de los grupos medicados (sólo o combinado) comparados con los grupos de sólo atención psicosocial y comunitaria para todos los niños del estudio (MTA Cooperative Group, 2004).

El subsiguiente estudio realizado en Nueva York y Montreal fue más firme en sus conclusiones acerca de la ausencia de un incremento de beneficios al añadir tratamiento psicosocial a los efectos de la medicación sola. A través de diversos parámetros (por ejemplo, logro académico, socialización, estatus emocional, prácticas parentales), las conclusiones eran las mismas. Los autores eran del todo claros acerca de la ausencia de beneficios de la intervención psicosocial para el TDAH cuando se utilizaba la medicación.

Estos dos estudios parecen golpear el último clavo del ataúd del tratamiento psicosocial. A pesar de las líneas directrices actuales de la Academia Americana de Pediatría y de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente sugiriendo igualdad entre los tratamientos de elección, estos estudios se han usado para promocionar un abordaje de medicación primero en el TDAH. Uno de los fabricantes de un medicamento utilizado para tratar el TDAH envió un trabajo de la investigación del estudio MTA a los pediatras y psiquiatras infantiles en Estados Unidos. Pero si, en base a fundamentos médicos o morales, la medicación debería ser el primer abordaje en una población comunitaria diagnosticada con TDAH es algo que permanece incierto.

Categoría versus Dimensión

El TDAH como condición definida en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM; 4ª edición, texto revisado; Asociación Psiquiátrica Americana, 2000)* representa una categoría, mientras que los síntomas del TDAH son claramente dimensionales de naturaleza. ¿Quiénes son exactamente los niños con TDAH que componen las muestras de las investigacio-

nes publicadas y que finalmente orientan la práctica clínica? ¿Son los más gravemente afectados por la sintomatología? Es probable que se lleve a término una aplicación más rígida y rigurosa de los criterios *DSM* con los niños que participan en estudios de investigación revisados por otros profesionales y publicados (Handler and DuPaul, 2005). Los niños en estos estudios también pueden ser más sintomáticos y estar más afectados que los niños en la comunidad. Además, los datos sobre quien recibe medicación en la comunidad son incongruentes y confusos. Los estudios epidemiológicos sugieren que, en conjunto, estas medicaciones no están necesariamente sobreprescritas (Jensen et al., 1999), pero su uso está creciendo (Centro para el Control de Enfermedades, 2005; Medco Health Solutions, 2005). Parece ser que en la pediatría del mundo real el TDAH a menudo se pasa por alto (Bussing, Zima, Perwien, Belin, and Widawski, 1998). Los estimulantes normalmente se prescriben para los más afectados (Barbarese et al., 2002), pero hasta la mitad de las veces los estimulantes pueden prescribirse para niños que no cumplen plenamente los criterios *DSM* para el diagnóstico del TDAH (Angold, Erkanli, Egger, and Costello, 2000).

Además, en los casos graves de TDAH, los efectos de las intervenciones psicosociales pueden no ser tan obvios. Pero lo mismo puede no ser cierto para los niños con un TDAH *borderline* o leve. Este grupo de niños menos afectados, dada la distribución en campana y la naturaleza dimensional de los síntomas del TDAH, ciertamente representan la mayoría de los casos que un clínico en la comunidad podrá tratar. Varios estudios sugieren que los abordajes conductuales parecen eficaces con el TDAH (Chako et al., 2005). Los estudios también han demostrado que la intensidad de las intervenciones psicosociales se convierte en equivalente a la dosificación para reducir la cantidad de medicación estimulante necesaria para el control de los síntomas (Chako et al., 2005). La medicación funciona, pero cuando se da como el primer tratamiento puede eclipsar los beneficios de las intervenciones psicosociales. Hasta en los estudios MTA y Klein, que no hallaron mejoras estadísticamente significativas cuando se añadieron intervenciones psicosociales, los autores reportaron que los padres de los grupos de abordaje terapéutico combinado desarrollaron no sólo una mejor comprensión de sus hijos sino un mejor sentimiento hacia ellos.

El comportamiento de estos niños puede no haber

sido tan diferente antes y después del entrenamiento conductual, pero las actitudes de los padres podrían haber cambiado fundamentalmente. Estos padres pueden tener un mejor juicio del problema y la percepción de un incremento del control sobre sus hijos. La investigación basada en el *DSM* se focalizaría únicamente en los síntomas del niño y equipararía el alivio sintomático con la mejoría (Sawyer et al., 2004). El deterioro, una cualidad aún más inaprensible, no obstante, puede incluso disminuir hasta en ausencia de un cambio sintomático general, en el sentido de que el deterioro es una función de la conducta de los niños que tiene lugar dentro de un contexto de expectativas y respuestas ambientales. Las actitudes y comportamientos parentales bien pueden afectar inmediatamente la medición del deterioro, mientras que las mediciones de las conductas de los niños pueden permanecer iguales o mejorar lentamente a través del tiempo. En efecto, la noción de problema está más ligada al deterioro que los síntomas, un punto a menudo perdido u obviado en la corriente principal de investigación basada en el *DSM* (Gordon et al., 2006).

Ciencia, Ética y TDAH

La ciencia tiene que ver con la comprobación, replicación, y utilidad. Por desgracia, la discusión científica sobre el TDAH raramente se ha centrado en las cuestiones morales y éticas al decidir la mejor forma de intervenir con niños con discapacidades del desarrollo. Nosotros no estamos en desacuerdo con la ciencia que ha demostrado que las medicaciones estimulantes son eficaces para asistir y abordar las necesidades de niños con TDAH, sus familias y escuelas. Estamos, sin embargo, intranquilos con el uso de la medicación como el primer y único tratamiento para todos los casos de TDAH, especialmente en ausencia de datos longitudinales convincentes que sugieran que el alivio sintomático por sí solo cambia las vidas futuras a mejor. La respuesta positiva de los niños a la medicación estimulante no es equivalente a la mejora de su entorno y futuro, a través de asistir a sus padres, escuelas y comunidades. Aunque el tratamiento farmacológico es rentable y puede ser lo único que se necesite a corto plazo para disminuir los síntomas y el deterioro para muchos niños con TDAH (Jensen et al., 2005), reconocemos la falacia lógica de hacer equivaler la medicación, aún cuando efectiva, a las intervenciones psicosociales.

El efecto universal de realce de la medicación estimulante es crítico para los niños afectados con un TDAH moderado y grave. Pero sustituir los efectos ubicuos de los estimulantes (coste, velocidad, o conveniencia) por las intervenciones psicosociales en los casos de niños afectados con un TDAH limítrofe o leve es moralmente dudoso. Además, hay efectos secundarios a estos medicamentos junto con preguntas sin resolver sobre los resultados a largo plazo. Aunque algunos niños irán bien con sólo la medicación estimulante, ¿no debería por lo menos darse a los padres mejores instrucciones de manejo para sus hijos?

¿Hacia adónde vamos desde aquí?

A pesar del uso de estimulantes en psiquiatría durante 70 años, aún no conocemos con certeza los mejores tratamientos a largo plazo para el TDAH. Las pastillas no son un sustituto de las habilidades; el alivio sintomático no equivale a un cambio a mejor a largo plazo. Los niños con TDAH de hecho aprenden a autoregularse, pero menos deprisa que los demás. Necesitan más práctica. La práctica favorece la pericia. Nadie discutiría que este no sea el caso. Mucho mejor para ellos si pueden aprender a autoregularse dentro de la confines de su hogares bajo las amorosas directrices y cuidadosa supervisión de sus padres que tener que aprender fuera del hogar en las comunidades que hemos creado, comunidades que albergan tantos infortunios potenciales para ellos (para una revisión ver: Goldstein and Teeter-Ellison, 2002).

Aunque un número de breves estudios meta-analíticos nos reaseguran la eficacia y seguridad del uso de estimulantes a largo plazo (Connor, Glatt, Lopez, Jackson and Melloni, 2002; Faraone, Spencer, Aleardi, Pagano, and Biederman, 2004), quizás nunca sepamos con seguridad si el uso de la medicación a lo largo de múltiples décadas de la vida es seguro y eficaz. ¿Añaden algo a la medicación las intervenciones psicosociales?

Esto quizá nunca lo sabremos con seguridad cuando el TDAH se equipara con un conjunto amplio de cuestiones familiares y vitales sin una respuesta definitiva, no estamos preparados para abandonar las estrategias parentales y educativas por la medicación solamente. Reconocemos que hasta los más partidarios del uso de medicación para niños con TDAH no discutirían esto. Pero cuando estudios concluyen que las intervenciones psicosociales añaden poco o nada al tratamiento del

TDAH, nos preocupamos de las implicaciones de un mensaje así en las políticas públicas y de los efectos en la comunidad profesional y profana.

Por último, los seres humanos no deberían ser definidos por sus condiciones discapacitantes, más bien sus condiciones deberían comprenderse dentro del contexto más amplio de fuerzas que configuran sus vidas. Ello nos lleva a cuestionar los medios a través de los cuales aplicamos los tratamientos basados en la evidencia o científicamente validados en la comunidad. Debido a que los tratamientos psicosociales, especialmente la psicoterapia, se dirigen no únicamente al alivio del síntoma o al cambio del comportamiento sino también al cambio en el pensamiento vale la pena plantearse los tratamientos psicosociales para las condiciones como el TDAH.

El debate sobre los tratamientos psicosociales versus la medicación tiene profundas implicaciones para la manera que nuestra sociedad decide considerar y tratar a los niños con problemas emocionales, conductuales y de rendimiento. La controversia sobre los tratamientos del TDAH es otro reflejo más del debate naturaleza/ambiente. Con el TDAH, los investigadores y expertos en el campo de psiquiatría infantil, psicología y pediatría continúan luchando una batalla en la retaguardia contra el legado de medio siglo de culpar a las madres, asociado con la hegemonía freudiana en nuestra sociedad. Si bien remanentes del modelo freudiano siguen siendo viables, es la hora de dar la batalla por finalizada. Sin embargo, insistir en que la base del comportamiento de niños y adultos es solamente biológica y guiada por la herencia es simplista, reduccionista, y de hecho no encaja con la investigación emergente sobre la interacción genes-ambiente (Deater-Deckard, Ivy, and Smith, 2004). Consecuentemente, los tratamientos psicosociales para el TDAH han sufrido a pesar de su promesa (Strayhorn, 2002a, 2002b), a lo mejor en parte porque como disciplina hemos fracasado en desarrollar un programa comprensivo que incluya las rentas o beneficios. Pero llegados a este punto también parece excesivo -malo para los niños-malo para la sociedad- dar a entender de un modo u otro, una y otra vez, que la función de los padres no importa. Defender los tratamientos psicosociales para el TDAH no es simplemente cuestión de corrección política. Que para la mayoría de niños con TDAH una combinación de intervenciones psicosociales y médicas servirán mejor sus necesidades

presentes y futuras es el reconocimiento de una realidad moral y clínica.

Traducido por Sacha Cuppa

Bibliografía

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2000). Clinical practice guideline: Diagnosis and evaluation of the child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 105(5), 1158-1170.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2001). Clinical practice guideline: Treatment of the school-aged child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 108(5), 1033-1044.
- ANGOLD, A., ERKANLI, A., EGGER, H. L., & COSTELLO, E.J. (2000). Stimulant treatment for children: A community perspective. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39 (8), 975-984.
- BARBARESI, W. J., KATUSIC, S. K., COLLIGAN, C., PANKRATZ, V. S, WEAVER, A. L., WEBER, K.J., ET AL (2002). How common is ADHD? *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 217-214.
- BUSSING, R., ZIMA, B., PERWIEN, A., BELIN, T. R., & WIDAWSKI, M. (1998). Children in special education programs: ADHD and use of services and unmet needs. *American Journal of Public Health*, 88, 880-886.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL (2005). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54 (34). Available at www.cdc.gov/mmwr.
- CHAKO, A., PELHAM, W. E., GNAGY, E. M., GREINER, A., VALLANO, G., BUKSTEIN, O., ET AL. (2005). Stimulant medication effects in a summer treatment program among young children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(3), 249-257.
- CONNERS, C. K., EPSTEIN, J. N., MARCH, J.S., ANGOLD, A., WELLS, K.C., KLARIC, J., ET AL. (2001). Multimodal treatment of ADHD in the MTA: An alternative outcome analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 159-167.
- CONNOR, D. F., GLATT, S.J., LOPEZ, I. D., JACKSON, D. & MELLONI, R.H. (2000). Psychopharmacology and aggression. I: Meta-analysis of stimulant effects on over/covert aggression related behaviors in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 253-261.

DEATER-DECKARD, K., IVY, L., & STIMITH, J. (2004). Resilience in gene-environment transactions. In S. Goldstein & R. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 49-69). New York: Kluwer/Academic Press.

EVANS, S.W., LANGBERG, G. J., RAGGI, V., ALLEN, J., & BUVINGER, E.C. (2005). Development of a school-based treatment program for middle school youth with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9(1), 333-334.

FARAONE, S.V., SPENCER, T., ALEARDI, M., PAGANO, C. & BIEDERMAN, J. (2004). Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24, 24-29.

GOLDSTEIN, S. & TEETER-ELLISON, P.A. (Eds.) (2002). *Clinician's guide to adult ADHD: Assessment and intervention*. New York: Academy Press.

GORDON, M., ANTSEL, K., FARAONE, S., BARKELY, R., LEWANDOWSKI, L., HUDZIAK, J. ET AL. (2006). Symptoms versus impairment: The case for respecting DSM IV's Criterion D. *Journal of Attention Disorders*, 9(3), 465-475.

GREENHILL, L.L., (2002). Practice parameters for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescent and adults. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41 (2 Suppl.). 26S-49S.

HANDLER, M.W., & DUPAUL, G.J. (2005). Assessment of ADHD: Differences across psychology specialty areas. *Journal of Attention Disorders*, 9 (2), 402-412.

JENSEN, P. S., GARCIA, J.A., GLIED, S., CROWE, M., FOSTER, M., SCHLANDER, M. ET AL. (2005). Cost effectiveness of ADHD treatments: Findings from the multimodal treatment study of children with ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1628-1636.

JENSEN, P. S., KETTLE, L., ROPER, M.T., SLOAN, M.T., DULCAN, M.K., HOVEN, C., ET AL. (1999). Are stimulants over-prescribed? Treatment of ADHD in four U.S. communities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 797-804.

KLEIN, R.G., ABIKOFF, H., HECHTMAN, L., & WEISS, G. (2004). Design and rationale of control study of long-term methylphenidate and multi-modal psychosocial treatment in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 782-801.

KLEIN, R.G., WEISS, G., FLEISS, K., ETKOVICH, J., COUSINS, L., GREENFIELD, B., ET AL. (2004). Sympto-

matic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multi-modal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 43, 802-811.

KRAIN, A.L., KENDALL, P.C., & POWER, T.J. (2005). The role of treatment acceptability in the initiation of treatment for ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9(2), 425-434.

MAUGHAN, D.R., CHRISTIANSEN, E., JENSON, W.R., OLYMPIA, D. & CLARK, E. (2005). Behavioral parent training as a treatment for externalizing behavior disorders: A meta-analysis. *Scholl Psychology Review*, 34, 267-286.

MECDO HEALTH SOLUTIONS (2005). ADHD medication use growing faster among adults than children. *New Research*. Available at www.medco.com

MTA COOPERATIVE GROUP (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: Changes in effectiveness and growth after treatment. *Pediatrics*, 113, 762-770.

PELHAM, W.E., MASSETTI, G.M., WILSON, T., KIPP, H., MYERS, D., NEWMAN STANDLEY, B. B., ET AL. (2005). Implementation of a comprehensive school-wide behavioral intervention. *Journal of Attention Disorders*, 9(1), 248-260.

PELHAM, W. E., WHEELER, T. & CHRONIS, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatment for attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190-205.

RAPPEY, M. D. (2005). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *New England Journal of Medicine*, 352, 165-173.

SAWYER, M.G., REY, J.M., ARNEY, F.M., WHITHAM, J. N., CLARK, J. J., & BAGHURST, P.A. (2004). Relationship between parents' perceptions of children's need for professional help. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 1355-1363.

SEMRUD-CLIKEMANN, M., NOLESEN, K. H., CLINTON, A., SYLVESTER, L., PAREL, N., & CONNOR, R. (1999). An intervention approach for children with teacher-and parent-identified attentional difficulties. *Journal of Learning Disabilities*, 32, 581-590.

SPECIAL SECTION: ADHD, comorbidity and treatment outcomes in the MTA study (2001). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 134-196.

STRAYHORN, J.M. (2002a). Self-control: Theory and

Ciencia, ética y el tratamiento psicosocial del TDAH

research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 7-16.

STRAYHORN, J. M. (2002b). Self-control: Towards systematic training programs. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 17-27.

TUTTY, S., GEPHART, H., & WURZBACHER, K. (2003). Enhancing behavioral and social skill functioning in children newly diagnosed with ADHD in a pediatric setting. *Developmental Behavioral Pediatrics*, 24, 51-57.