

PSICOLOGIA

HIPERACTIVIDAD Y CONDUCTA DISRUPTIVA EN EL AULA: APROXIMACIONES TERAPEUTICAS

Julio Antonio GONZALEZ-PIENDA

INTRODUCCION

En las aulas escolares uno de los problemas habituales es la presencia de niños con conductas caracterizadas por una escasa concentración en las tareas escolares y una excesiva inquietud e impulsividad impropias para su edad. Según las últimas descripciones nosológicas, se trata del Trastorno de Déficit de Atención (TDA) cuyo síntoma central es la **inatención**, considerando **la impulsividad**, entendida como falta de autocontrol, y **la hiperactividad** como síntomas secundarios al no manifestarse en todos los casos, siendo más probable cuanto menor es el niño.

Ya indicábamos en un trabajo anterior sobre el tema (González-Pienda, 1988) cómo en torno a este trastorno existe una falta de precisión terminológica con un notable confusionismo respecto a su etiología y tratamiento a pesar de la abundante bibliografía existente sobre el tema, tanto a nivel de revisiones teóricas (Arnold, 1981; Douglas y Peters, 1979; Kirby y Grimley, 1982; Prior y Griffin, 1985; Rosenthal y Allen, 1978), como en estudios de tipo empírico (Ackerman y otros, 1986; Barkley, 1985; Hiscock y otros, 1979; Prior y otros, 1985; Routh, 1986). Consecuentemente al mismo cuadro clínico se le denomina con diversos términos quedando sin delimitar muchas veces la comprensión precisa de los mismos. Aquí destacamos la mayor dificultad de los niños hiperactivos en sostener la atención en tareas que requieren demandas de esfuerzo concentrado, autosostenido y autodirigido, y mayor dificultad en inhibir la responsabilidad impulsiva sobre tareas o en situaciones sociales que requieren esfuerzo focalizado, reflexivo y organizado.

En el aula escolar este tipo de niños emite conductas calificadas de disruptivas, que bajo formas muy diversas influyen en el desarrollo de las actividades escolares con una notable incidencia negativa en el rendimiento.

A nivel clínico conviven distintas orientaciones sobre el tipo de intervención terapéutica a aplicar que reflejan, lógicamente, el modelo etiológico predominante. Ello explica la evolución de los programas terapéuticos desde una posición marcadamente unifactor-

rial —por lo general de carácter médico-organicista— hasta la orientación multifactorial actual. Dado que se trata de un trastorno de naturaleza profunda y compleja con múltiples facetas que afectan tanto a los procesos cognitivos del niño que lo padece como a su comportamiento individual y social, el síndrome necesita ser abordado desde diferentes perspectivas y no seguir un único modelo terapéutico.

Actualmente los tres modelos vigentes son el **neuroológico, el conductual y el cognitivo**, dando lugar a tres tipos de intervención diferentes: psicofármacos, técnicas de modificación de conducta de orientación conductista y entrenamiento cognitivo-comportamental. Estas técnicas han demostrado ser útiles para mejorar ciertas conductas hiperactivas, mostrándose capaces de modificar el comportamiento del niño, tanto por lo que se refiere a sus interacciones sociales como en la forma en que representa e interactúa con su medio. Sin embargo, los resultados de muchos tratamientos que se han practicado hasta la fecha han sido poco convincentes, muy variados y con efectos no duraderos a largo plazo.

Tradicionalmente la terapia más utilizada para tratar los diversos síntomas que presentan los niños diagnosticados de síndrome DCM o síndrome hiperkinético ha sido la farmacología (estimulantes del sistema nervioso) e, incluso, el tipo de respuestas de estos niños a las anfetaminas ha sido una de las premisas de postulados sobre déficits neuroquímicos subyacentes al trastorno y base de algunas clasificaciones diagnósticas. Sin embargo, en los últimos años ha surgido una polémica acerca de la repercusión de los estimulantes en el aprendizaje, sus efectos colaterales, su especificidad diagnóstica en la clínica y sus ventajas relativas en comparación de otro tipo de terapias. De manera que para algunos (Routh, 1986) los beneficios que producen la ingestión de estos fármacos no compensan sus desventajas.

En la década de los 70 cobraron gran auge las técnicas de modificación de conducta de orientación conductista y el entrenamiento cognitivo-comportamental como tratamiento de diversos trastornos y problemas infantiles, entre ellos la hiperactividad. Uno de los problemas que surgen al intentar evaluar su eficacia en la terapia del TDA se debe a la falta de delimitación nosológica y diagnóstica que durante años a caracterizado al trastorno. Además los estudios realizados no indican que el tratamiento con estimulantes o la terapia cognitivo-conductual tengan un efecto preferente sobre el TDA (Hinshaw, Jenker y Whalen, 1984).

Junto a estos tipos de intervención terapéutica se han venido utilizando también las técnicas de psicoterapia tradicional (basadas en el modelo psicoanalítico) en el tratamiento de los trastornos infantiles de hiperactividad y de conducta antisocial. Este tipo de técnicas están indicadas en el TDA, sobre todo para las alteraciones emotivas que cursan conjuntamente con los síntomas de inatención, impulsividad e inquietud. Además gran parte de los desajustes manifestados por estos niños, tales como las dificultades de relación interpersonal y social, problemas de aprendizaje y rendimiento escolar, trastornos de las funciones fisiológicas, etc., pueden considerarse reacciones depresivas enmascaradas o equivalentes depresivos que en el período de desarrollo infantil se expresan preferentemente por signos de ansiedad, agresión, hiperactividad y otras conductas anómalas sin que existan sentimientos depresivos (Blumberg, 1978; Cytryn y McKenw, 1984; Murray, 1970; Puig-Antich, 1980, 1983; Satterfield, Cantwell y Satterfield, 1979).

Lo que si parece cierto es que los factores emocionales están presentes en el

Síndrome Hiperkinético, bien como causa o como efecto, dándose en todo caso una interrelación entre los trastornos emotivos y los trastornos comportamentales (Cornwal y Freeman, 1980). Hay autores que incluso reducen la hiperkinesia a un trastorno puramente emocional (Shaffer y Greenhill, 1979). Además los niños con este síndrome son propensos a sufrir aislamiento social bien por su conducta agresiva y/o desadaptada o por su comportamiento inhibido y a tener sentimientos de inferioridad por su falta de metas, aunque cuenten con un CI medio o superior. Estos aspectos y el hecho de que los resultados obtenidos hasta la fecha con procedimientos farmacológicos o con programas de modificación de conducta son muy variables y no resultan positivos a largo plazo, hay autores que insisten, tanto desde el punto de vista clínico como empírico, en utilizar técnicas de psicoterapia, junto con otras técnicas de intervención, para abordar los problemas emocionales del trastorno.

TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS

Ya desde la década de los cuarenta se puso de manifiesto la eficacia de la medicación estimulante en el tratamiento de los trastornos de conducta infantil y en particular en la hiperkinesia. Ello ha supuesto un creciente interés por el uso de fármacos psicótropos como terapia sintomática de las conductas hiperactivas e impulsivas. A partir de los años sesenta y durante las décadas siguientes fue ganando aceptación dada su eficacia inmediata sobre las alteraciones más manifiestas del síndrome. Así en el estudio que hacen Lambert, Sandoval y Sassone (1979) indican que el 86% de los niños diagnosticados reciben algún tipo de fármaco como parte de su tratamiento.

En una amplia revisión de las investigaciones sobre la eficacia de los estimulantes en niños hiperkinéticos, Barkley (1977) señalaba que hasta aquella fecha existían más de un centenar de estudios controlados, demostrando la mejora inicial de los síntomas de inatención e hiperactividad. Una gran cantidad de datos prueba que los estimulantes inducen en la mayor parte de los niños con TDA un aumento de atención y una disminución de las conductas de disruptivas en la clase, así como más cooperación y disponibilidad.

Los estimulantes más comunmente utilizados son: Dexedrina (sulfato de dextroanfetamina), Ritalin (metifenidato) y Cylert (pelomina). También se utilizan las Anfetaminas y el Pelomine, si bien los efectos de este último están menos estudiados.

Entre las distintas hipótesis sobre los mecanismos de acción de los estimulantes, la más extendida ha sido la hipótesis dopaminérgica, según la cual las alteraciones de nivel de actividad, control de impulsos y mantenimiento de la atención, se explican por una disminución del nivel de actividad de la dopamina cerebral. Son numerosos los estudios que defienden esta hipótesis aunque por lo general presentan problemas metodológicos y con resultados poco convincentes (Ferguson y Papas, 1979; Shaywitz y otros, 1977, 1982; Shetty y Chase, 1976; Wender, 1973, 1984).

Existen otras hipótesis monoaminérgicas que implican a la serotonina o a la noradrenalina en la etiología del trastorno, pero tampoco han sido confirmadas plenamente (Ferguson y otros, 1981; Rapoport y cols., 1974; Shekin y otros, 1979). No obstante, las últimas investigaciones sobre la relación de los distintos tipos de neurotransmisores han puesto de manifiesto que su actividad es interdependiente y que no puede establecerse una correlación unívoca entre un único mediador y una conducta

determinada. Lo que hace pensar que los estimulantes ejercen su acción a través de modificaciones de varios sistemas neuroquímicos, en especial, del catecolaminérgico. Los estimulantes liberan las catecolaminas de sus depósitos intracelulares, inhiben su recaptación por las terminaciones presinápticas e inhiben la monoaminoxidasa, ejerciendo otra amplia serie de efectos a nivel central, entre ellos la modificación de la actividad neuroendocrina.

En cuanto a la **eficacia de los estimulantes** en los niños hiperactivos, Barkley (1977) en una revisión de las investigaciones sobre el tema destaca que en la mayoría de los casos se comprueba una mejoría inicial de los sistemas de inatención e hiperactividad con un aumento de la atención, concentración y control del impulsor manifestando una mayor disponibilidad y cooperación. Es lo que se ha llamado «respuesta paradójica», ya que parece extraño que un estimulante ejerza un efecto tranquilizante. Por su parte, padres y profesores indican un aumento de la obediencia, una mejor interacción social y una mejora en el comportamiento en clase, finalizando con éxito las tareas y permaneciendo más estable en su sitio (Cantwell y Carlson, 1978; Conners y Werry, 1979; Collins, Whalen y Henker, 1982; Cunningham, 1980; Whalen y Henker, 1980).

Los datos de Safer (1982), en los que se resumen los resultados obtenidos con psicofármacos, indican que un 70 a un 80% de los niños con problemas atencionales y de hiperactividad presentan una respuesta favorable al tratamiento, mientras que un 10 a un 40% de estos sujetos mejoran con placebo. Con una dosis adecuada de un 35 a un 50% muestra una mejoría notable, un 30 a un 20% no presenta cambios significativos. En general los efectos de los psicofármacos sobre los procesos fisiológicos o psicofisiológicos aún no están lo suficientemente estudiados y los resultados son con frecuencia al menos discutibles.

Existen otros estudios en los que se pone de manifiesto la existencia de **efectos secundarios o colaterales**, tras la administración prolongada de psicofármacos. Entre otros puede aparecer la modificación de la actividad neuroendocrina con un aumento de la presión sanguínea, mayor ritmo cardíaco, disminución del apetito, insomnio, pérdida de peso, dolores de cabeza,... (Conners y Solanto, 1984; Spragne y Sleator, 1977).

Concretamente en una revisión de los **efectos sobre el crecimiento** Puig-Antich, Greenhill, Sassini y Sachar (1978) mostraron que los niños que tomaban anfetaminas sufrían una mayor alteración de peso y talla que los que tomaban metilfenidato. En particular, encontraron que las anfetaminas parecen actuar preferentemente sobre la secreción de la prolactina durante el sueño, mientras que el metilfenidato produce un incremento de los niveles de hormona del crecimiento relacionados con el sueño. Otros autores (Shaywitz y cols., 1982) han comprobado que cuando se administra anfetamina o metilfenidato se produce un aumento de la secreción de la hormona del crecimiento y una marcada inhibición de la prolactina.

Por su parte Garfinkel (1984), discutiendo los resultados obtenidos en las investigaciones sobre los efectos de la medicación estimulante en niños que presentan el síndrome, señala respecto a la marcada disminución de los niveles de prolactina que ésta no se observa inmediatamente después de la administración de la droga sino a largo plazo. Puesto que la anfetamina, por sí misma, no produce una inhibición consistente de la prolactina en los humanos, dicho efecto puede deberse a otros factores tales como el stress propio de la situación experimental.

Una de las líneas básicas de investigación acerca de los efectos de los estimulantes se ha centrado en torno a las relaciones dosis-respuestas. Ya Conners (1979), refiriéndose a las diferencias entre los niños hiperactivos, que respondían favorablemente o adversamente a los fármacos, había sugerido que los efectos de éstos en el comportamiento de un niño determinado dependen de la combinación de la dosis, tipo y grado de déficit neurológico y características estructurales del ambiente en que se desenvuelven el niño. Esto coincide con las diferencias observadas por Kinsbourne y cols. en el rendimiento de los niños con medicación según el tipo de tareas y las dosis utilizadas: los niños con dosis altas presentan una conducta social más adaptada en el aula escolar que los que reciben una dosis menor, y los niños que responden favorablemente a una cierta dosis sufren un empeoramiento cuando se dobla la dosis.

Asimismo se da una interacción droga-tiempo en los efectos de la droga, y el tratamiento tiene efectos diferenciales sobre las alteraciones comportamentales y las cognitivas. Este hecho tiene gran importancia a nivel de intervención ya que en el niño con TDA son más graves las alteraciones atencionales que las hiperactivas pero las últimas suelen ser motivo de queja en el colegio y en el mismo hogar.

Los datos de las últimas investigaciones indican que la prescripción de dosis bajas de metilfenidato produce un efecto más beneficioso que las dosis altas, en particular sobre las deficiencias atencionales, lo que refuerza la idea apuntada por Sprague y Sleator (1977) de que existe una respuesta en forma de U a los estimulantes.

Los efectos de los estimulantes sobre el aprendizaje en función del tiempo han sido investigados ampliamente por Kinsbourne y cols. (1984) comprobando que el máximo rendimiento se da aproximadamente a las 2 horas después de ingerir la medicación. Parten del supuesto de que los niños hiperactivos presentan un bajo nivel de «arousal» del sistema nervioso central y que, por tanto, no pueden mantener la atención durante largos períodos de tiempo. Según esta hipótesis el efecto de los psicofármacos es el de mejorar el nivel de activación y, consecuentemente, su rendimiento. Esto se consigue con una dosis apropiada a las necesidades de cada niño por lo que, si se sobrepasa el nivel óptimo de activación con una dosis mayor, el rendimiento se deteriora de nuevo.

El análisis de los efectos sobre la conducta social constituye también un tema polémico. Los trabajos de Barkley y Cunningham (1978); Humphries, Kinsbourne y Swanson (1978) indican que los efectos son positivos a corto plazo ya que el niño mejora su nivel de atención y grado de colaboración, interrumpiendo menos las actividades, tanto en el hogar como en la escuela. Sin embargo, el estudio de Whalen y otros (1979) destaca que los niños hiperactivos cuando están tomando metilfenidato presentan un comportamiento interpersonal menos adaptado al ambiente que cuando toman placebo: están más tristes, dan menos feed-back positivo a sus compañeros e inician menos contactos sociales. Al evaluar estos resultados Rapoport y Zametkin (1980) sugieren que cabe la posibilidad de que ciertos niños sean más proclives a presentar esta respuesta a los psicofármacos por sufrir algún tipo de aislamiento social. Ello llevaría necesariamente a realizar una evaluación clínica profunda antes de prescribir esta medicación; sobre todo si se tiene en cuenta que las dificultades de adaptación social es uno de los síntomas más frecuentes de estos niños.

Por su parte Whalen y cols. han puesto de manifiesto la interacción entre la medicación y la situación en que se encuentra el niño. De los datos se deduce que el nivel de estimulación externa (ambiente tranquilo o ruidoso) y las condiciones ambientales

pueden, por una parte, influir en la conducta del niño en la clase (siendo ésta más negativa cuanto mayor es el nivel de ruido) y, por otra, actuar sinérgicamente o antagonísticamente con la medicación aplicada.

En cuanto a los efectos producidos por los psicofármacos **sobre el rendimiento académico** de los niños que presentan este trastorno, la mayoría de los estudios señalan que, pese a que se origina una mejoría inicial de la atención, los estimulantes no tienen efectos estables en el rendimiento académico, ni tienen una eficacia real en el tratamiento de las dificultades específicas de aprendizaje (Gittelman-Klein y Klein, 1976; Rie y cols., 1976). Estos autores señalan que los psicofármacos no facilitan la consolidación de la conducta, sugiriendo que el aprendizaje bajo estimulantes puede ser «dependiente de estado», aunque parece ser que dicho efecto varía según la dosis utilizada (Swanson y Kinsbourne, 1976). Ahora bien, la posibilidad de que exista «dependencia de estado» tiene implicaciones prácticas importantes ya que los niños suelen trabajar en sus casas durante las últimas horas de la tarde cuando los efectos de la medicación ya han desaparecido. Además, a tales horas ya no es recomendable administrar los psicofármacos debido a los efectos anoréxicos que conllevan y a las modificaciones que inducen en el sueño.

En resumen, el conjunto de datos existentes indica que la contribución de los estimulantes a mejorar el rendimiento académico no tiene una eficacia real; si bien es cierto que el niño aparenta estar aprendiendo positivamente porque atiende más a la clase, está más tranquilo, es menos impulsivo y presenta un mejor rendimiento inmediato en tareas concretas; sin embargo, su rendimiento académico a largo plazo continúa siendo insuficiente. No obstante, se necesitan estudios longitudinales a largo plazo que utilicen dosis controladas y adecuadas a cada niño y situación particular para confirmar estos resultados.

Más recientemente, autores como Gittelman-Klein y cols. (1980) sostienen que los estimulantes pueden mejorar el nivel global de aprendizaje del niño, sobre todo, si se combinan con otras técnicas. Por ello y, dado que los psicofármacos tienen efectos beneficiosos a corto plazo, la tendencia actual es investigar la interacción entre medicación y ambiente, combinando la medicación con otras técnicas como la terapia de orientación conductista y el entrenamiento cognitivo-comportamental (Hagerman, 1984).

INTERVENCION CON TERAPIAS CONDUCTISTAS

Tanto los problemas hiperkinéticos como otros problemas infantiles relacionados que en un principio no estaban diferenciados recibían un tratamiento terapéutico con técnicas conductistas, de manera que a partir de los años 70 el número de trabajos en los que se han aplicado este tipo de técnicas ha aumentado considerablemente. El tipo de técnicas empleadas es muy variado (condicionamiento clásico y operante, reforzamiento positivo y negativo, castigo, extinción, economía de fichas, tiempo fuera, reforzamiento diferencial, moldeamiento, modelado u contrato de contingencias,...). Uno de los métodos de terapia comportamental que se ha utilizado desde el principio es el uso sistemático de la **atención del adulto** al comportamiento del niño, dada la alta asociación entre ambas variables. Son abundantes los trabajos en los que se ha demostrado que cuando el adulto presta atención y elogia la conducta apropiada que el niño acaba de tener, al

tiempo que ignora o no atiende a la inapropiada, se consigue modificar sustancialmente el comportamiento infantil.

Una de las dificultades iniciales consistía en establecer cuales eran las conductas concretas de estos sujetos que debían modificarse, ya que se daba una notable ambigüedad en cuanto a la delimitación diagnóstica y a los síntomas esenciales del trastorno hiperactivo. Quizás la intervención más adecuada debería incluir programas en los que estuviesen presentes diversas técnicas dada la complejidad de dicho trastorno.

Entre los objetivos básicos de los primeros programas destacaba el de disminuir el nivel de actividad motora y la impulsividad intentando aumentar el grado de atención en la clase, dado que se había resaltado la marcada tendencia de los niños hiperactivos y con dificultades de aprendizaje a actuar o responder antes de considerar las posibles respuestas alternativas. Los resultados de los distintos trabajos revisados por Doleys y Bruno (1982), Hobbs y Lahey (1983) y Basc y Camp (1986) demostraron que dichas técnicas son eficaces para controlar la hiperactividad y mejorar las deficiencias de atención. Es más, al perfeccionarse los métodos de intervención conductista, las investigaciones que utilizaron refuerzo contingente indicaron que el exceso de actividad motora y la impulsividad puede controlarse incluso sin medicación estimulante. Este hecho difería de los resultados de otros trabajos realizados anteriormente y en los que había informado de un brusco cambio de la hiperactividad al retirar los estimulantes.

En este aspecto destacan los trabajos del equipo de Douglas cuya aportación principal consiste en un análisis detallado del valor de los distintos tipos de refuerzo en el aprendizaje de estos niños, sugiriendo que pueden ser particularmente sensibles a la persona de la que esperan el refuerzo, así como a la retirada del refuerzo positivo; lo que coincide con los informes de padres y profesores. Concretamente, frente a la idea tradicional de que los niños hiperactivos no responden al premio-castigo, Douglas y Peters (1979) utilizando programas que combinan varios parámetros de refuerzo (parcial/continuo; contingente/no contingente; positivo/negativo,...) concluyeron que:

- a) Tanto el esfuerzo positivo como el negativo son eficaces en situaciones concretas para mejorar tareas en estos niños.
- b) Algunos programas de refuerzos pueden provocar efectos colaterales que son poco controlables o previsibles, pudiendo generar respuestas de agresión, inhibición, huida,... y empeorar el tratamiento.
- c) En estos sujetos incluso un «feedback» consistente y positivo puede incrementar la impulsividad de la respuesta.
- d) Un ausencia de castigo, cuando se produce una trasgresión, aumenta la probabilidad de que se repita la conducta trasgresora.

Junto a estas técnicas de intervención aplicadas a los niños hiperactivos se utilizan también programas de entrenamiento a padres en técnicas de modificación de conducta: técnicas de modelado y conformación, atención contingente, «feed-back», retirada de refuerzos positivos, listado de instrucciones, etc... Son numerosos los autores que coinciden en señalar la necesidad de trabajar conjuntamente con los padres para mejorar la conducta de estos niños. Este tipo de entrenamiento suele tener una eficacia significativa para reducir las conductas oposicionistas y destructivas y afianzar un comportamiento adecuado en el hogar (O' Learly y otros, 1976; Safer, 1982).

Uno de los métodos de entrenamiento a padres en técnicas de modificación de conducta más utilizado es el propuesto por Forehand y McMahon (1981). El método consta de nueve sesiones que pueden realizarse individualmente, o en grupo de varias familias cuando los componentes del grupo son homogéneos en variables tales como la motivación social, edad y educación de los padres, edad y severidad del problema del hijo, etc. Solamente a modo indicativo describimos a continuación el objetivo general de cada una de las sesiones de que consta el citado método:

- 1ª.—**Delimitación del concepto de hiperactividad.** Se trata de ofrecer a los padres información sobre la etiología, naturaleza y pronóstico de la conducta hiperactiva de su hijo, contribuyendo con ello a aclarar los conceptos relacionados con esta problemática.
- 2ª.—**Revisión de las interacciones padres-hijos.** El objetivo básico de esta sesión es conseguir que los padres comprendieran que no sólo el hijo es responsable de la situación, sino que se da una interacción con ellos mismos y que ésta es bidireccional.
- 3ª.—**Concentración y desarrollo de la atención de los padres hacia la conducta del niño.** El objetivo de esta sesión es aumentar la atención de los padres hacia el niño. Para ello se les instruye en el uso del tiempo de juego con el fin de emplearlo en el hogar de 15 a 20 minutos por día. Durante este período el niño decide voluntariamente la actividad que quiere realizar y los padres deben observar, describir, reflejar y apreciar las conductas apropiadas del niño. No existen órdenes ni tampoco se debe enseñar nada expresamente, reduciendo en lo posible las preguntas al mínimo.
- 4ª.—**Entrenamiento en la obediencia.** El objetivo inmediato es conseguir que el niño vaya adquiriendo un nivel de obediencia normal y potenciar el desarrollo del juego independiente. Para ello se instruye a los padres para que seleccionen distintas órdenes que el niño debe cumplir, utilizando para ello un estilo más reflexivo que directivo. Se entrena a los padres a dar el tiempo adecuado al niño para que cumpla la demanda, utilizando los elogios y refuerzos cuando el niño obedece.
- 5ª.—**Uso del «Time out» para la desobediencia.** Se trata de una forma de castigo utilizada con cierta frecuencia con la desobediencia, desafío y rivalidad entre hermanos. Consiste en un aislamiento del niño durante un breve período de tiempo (5 minutos) después de que se porte mal. Con el «time out» se enseña a los padres a dar al niño una orden para que haga una tarea o se comporte de un modo determinado.
- 6ª.—**Extensión de «time out» a otras conductas.** En esta sesión se realiza una revisión de «time out» con un análisis de los problemas que presenta su aplicación haciéndolo extensivo a otras conductas desobedientes.
- 7ª.—**Desobediencia fuera del hogar.** Aplicando los métodos ya conocidos dentro del hogar se trata de corregir la desobediencia que muchos niños hiperactivos manifiestan a sus padres en lugares públicos (grandes almacenes, restaurantes, colegio, etc...).
- 8ª.—**Análisis de las conductas inadecuadas futuras.** El objetivo de esta sesión es conocer junto con los padres los problemas de conducta no solucionados una

vez aplicados los métodos ya indicados y ver cómo se deberían tratar en el futuro. Este tipo de análisis conductual suele revelar los errores que los padres pueden estar cometiendo.

9ª.—**Sesión de apoyo.** El objetivo es orientar a los padres después de cuatro o seis semanas de como tratar al niño resolviendo los posibles problemas que hayan podido surgir durante el tratamiento.

La colaboración con los padres, sea cual sea el programa terapéutico seleccionado, es totalmente necesaria en este tipo de trastornos infantiles, ya que no puede desvincularse al niño de la familia al conformar un sistema integrado. Además resulta imprescindible que los padres comprendan el programa educativo que se necesita para su hijo siendo conscientes que su participación activa constituye un factor básico para que se produzca la generalización del aprendizaje del niño a la vida diaria.

PROGRAMAS TERAPEUTICOS BASADOS EN EL ENTRENAMIENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

El desarrollo de la aproximación terapéutica basada en el entrenamiento cognitivo-comportamental en niños se inicia en la década de los 60 intentando superar los inconvenientes de la incapacidad evidenciada por los métodos conductistas para producir cambios conductuales que tuvieran un carácter duradero y generalizado.

El objetivo básico es conseguir el mantenimiento y generalización de los cambios conductuales, utilizando el lenguaje como un medio de autoentrenamiento en el que se le enseña al sujeto a regular su conducta. El lenguaje induce la formación de representaciones adecuadas de las tareas, facilita la recuperación de información y la evaluación de las consecuencias que se derivan del propio comportamiento. Ello contribuye a actuar con una mayor eficacia en las diferentes situaciones existentes en el ambiente donde se desarrolla el niño.

El nuevo enfoque se fundamenta, por una parte, en las investigaciones en el campo del aprendizaje social que destaca la importancia de las estrategias desarrolladas por el niño para resolver con éxito tareas que exigen un cierto grado de autocontrol y autorregulación conductual y, por otra, en los trabajos sobre el desarrollo del lenguaje (Vygotsky, Luria, Reynell,...) en los que se ha hecho patente la importancia del lenguaje en el desarrollo mental.

El niño por medio del lenguaje oral puede modificar el entorno percibido facilitando la intervención con él. Es lo que se ha denominado «mediación verbal» como elemento fundamental para afrontar con éxito cualquier actividad. Concretamente Luria (1959) describe tres estadios en el desarrollo del lenguaje verbal del niño a través de los cuales éste adquiere una funcionalidad tanto en la iniciación como en la inhibición de las conductas motoras voluntarias:

Primer Estadio: denominado «del lenguaje impelente» En este estadio es el habla de los demás quien controla y dirige la actividad del niño.

Segundo Estadio: es el lenguaje del niño al que actúa como mediador o regulador de su actividad.

Tercer Estadio: es el lenguaje interno del niño el que asume la función de autorregulación de su actividad. Este estadio se inicia a los siete u ocho años.

A partir de esta supuesta secuencia evolutiva se desarrollan programas de entrenamiento cognitivo para enseñar a los niños hiperactivos a hablarse a sí mismos como mecanismo para fomentar el autocontrol.

Una de las características de los niños hiperactivos es la incapacidad para controlar con acierto situaciones en las que se requiere un alto grado de atención. Generalmente, el niño hiperactivo tiende a reaccionar con la primera idea que se le ocurre, o a tener en cuenta sólo aquellos aspectos de la situación que le resultan más atractivos, cualquiera que sea el tipo de estímulos que se le presenten: auditivo, visual, kinestésico, social, etc... (González-Pienda, 1988).

En el contexto de la intervención cognitivo-conductual, las alteraciones que presentan los niños hiperactivos se consideran como producto de los **déficits en las estrategias cognitivas**, creando dificultades para enfrentarse con eficacia a las exigencias requeridas por las tareas a realizar. Dotados de una alta impulsividad, los niños hiperactivos no analizan sus experiencias en términos de mediación cognitiva ni formulan ni internalizan reglas que le sirvan de directrices ante nuevas situaciones de aprendizaje. Las deficiencias se producen por ausencia de ciertos procesos cognitivos que afectan a las funciones de control que ejerce la memoria activa y a la limitación de capacidad de procesamiento.

En el entrenamiento cognitivo-conductual el lenguaje se interpreta como un mecanismo general de adquisición y recuperación de la información que propicia la utilización de aquel como un procedimiento objetivamente útil para restituir al niño de aquellas habilidades de que carece y que el lenguaje, como mecanismo de habla interna, puede reproducir. Es cierto que los niños hiperactivos suelen emitir verbalizaciones cuando realizan una tarea, pero la mayor parte de las veces no tienen relación o son irrelevantes para la actividad que están llevando a cabo.

Douglas (1980, 1984) ha presentado un modelo sobre el tipo de procesos psicológicos en el trastorno hiperkinético a partir de los datos aportados por las investigaciones sobre el uso de psicofármacos y sobre las estrategias cognitivas propias de estos niños. Su interpretación, que coincide con la de Kinsbourne (1984), sostiene que los niños hiperactivos emplean unas estrategias perceptivas y conceptuales deficientes y que éstas no son mejoradas de un modo definitivo ni por los psicofármacos ni por los programas de refuerzo que se vienen aplicando hasta el presente. Por ello la intervención terapéutica en estos niños ha de centrarse en enseñarles a producir y utilizar estrategias cognitivas y autoinstruccionales que muestren al niño la conexión entre la conducta actual y las consecuencias futuras. En este tipo de sujetos los mediadores verbales no dirigen su ejecución ni su comportamiento por falta de una adecuación de las estructuras cognitivas. Inadecuación que puede deberse:

- a) A que el niño no comprenda la naturaleza del problema que se plantea, es decir, que se trate de una «deficiencia de comprensión».
- b) A que, aún contando con mediadores correctos, no sepa aplicarlos adecuada y espontáneamente, o sea, que presente un «déficit de producción».
- c) A que los mediadores que el niño produce no guíen su ejecución o su conducta.

Así pues, desde una teoría mediacional los procesos cognitivos pueden considerarse como un proceso en el que se distinguen tres estadios: a) comprensión; b) producción y c) mediación. Las alteraciones conductuales pueden ser una consecuencia de algún fallo en cualquiera de estos tres estadios o en una combinación de ellos.

De acuerdo con estos supuestos la intervención terapéutica habrá de enfocarla a la superación de los déficits mediacionales en base a un entrenamiento autoinstruccional que enseñe al niño a comprender con exactitud la tarea, a generar las estrategias y mediadores adecuados espontáneamente, utilizándoles como directrices que guíen y controlen la ejecución de la misma.

En este tipo de mecanismos el lenguaje cumple un papel fundamental: no sólo induce la formación de representaciones adecuadas sino que también guía lo procesos de recuperación de la información y de evaluación mientras se desarrolla la acción. Vygotsky y Luria, basándose en este concepto del lenguaje, ofrecieron un modelo que explica cómo los niños normales van adquiriendo estos procesos cognitivos que les permiten regular y controlar su conducta.

En el entrenamiento cognitivo-comportamental uno de los objetivos básicos es aumentar el uso del lenguaje por parte de los niños hiperactivos. El lenguaje lleva a la formación de representaciones adecuadas en la tarea, facilita la información y evaluación de las consecuencias que se derivan de la actividad realizada. El programa de entrenamiento cognitivo-conductual implica diferentes procedimientos: Autoinstrucción verbal, análisis económico de respuestas, revisión y control cognitivo y entrenamiento en habilidades sociales.

1.—Entrenamiento en autoinstrucción verbal

Este programa pretende instruir al niño para que use su lenguaje interior para controlar los procesos que afectan a su ejecución. El programa consta de una serie de pasos o procedimientos en los que se le enseña al niño a utilizar autoinstrucciones verbales para resolver las distintas dificultades que puede presentar las tareas.

Son ocho los pasos que implica el programa de entrenamiento de autoinstrucción verbal:

1º.—**Selección de tareas.** Se seleccionan aquellas que requieren orientar y mantener la atención con una planificación de la estrategia general de ejecución. El proceso es gradual; se inicia a partir de tareas sencillas pasando después a actividades de mayor complejidad en la que se precisa la aplicación de conceptos abstractos para su resolución.

2º.—**Modelo cognitivo.** El adulto ejecuta la tarea dándose las instrucciones en voz alta. Para ello se reproduce el proceso de solución de la tarea a partir del reconocimiento de las siguientes subetapas:

- a) Definir y comprender la naturaleza de la tarea.
- b) Ofrecer y generar posibles procedimientos para aproximarse al problema.
- c) Selección y aplicación de una estrategia adecuada.
- d) Revisión de los procesos en curso.

- e) Evaluación de la tarea.
- f) Selección de una estrategia alternativa cuando la que se ha elegido no es la adecuada.
- 3º.—**Guía externa o control externo explícito.** El niño realiza la misma tarea bajo la dirección de las instrucciones del modelo.
- 4º.—**Autoguía manifiesta.** El niño ejecuta la tarea dándose a sí mismo las instrucciones en voz alta o utilizando sus propias descripciones. Estas pueden ser más eficaces en la explicación del proceso a seguir que las empleadas por el mismo instructor. No obstante éste debe acompañar al niño caso de que éste no describa espontáneamente los distintos pasos hacia la solución o ejecución de la tarea.
- 5º.—**Autoguía manifiesta atenuada.** Al mismo tiempo que va llevando a cabo la tarea el instructor verbaliza en voz baja las instrucciones sobre los procesos que va realizando. A continuación el niño repite las actividades susurrando las instrucciones. Los niños son más conscientes cuando hablan para sí mismos en voz baja que cuando se dirigen de forma explícita a otros.
- 6º.—**Entrenamiento práctico en el autocontrol explícito.** El instructor observa y escucha al niño para ayudarlo a generar sus propios pensamientos y autoinstrucciones sin que tenga que seguir o copiar fielmente lo que él mismo hacía. Dado que el principal objetivo de este tipo de entrenamiento es que el niño internalice las instrucciones, y que sea capaz de pensar, generalmente de forma reflexiva en su vida diaria, la utilización de las autoinstrucciones, tanto por parte del instructor como por parte del niño, se realiza en un proceso que transcurre desde la expresión de las autoinstrucciones en voz alta a una fase de lenguaje interno. En esta fase concreta lo que se pretende es que el niño se de cuenta de la utilidad de las autoinstrucciones.
- 7º.—**Modelo de autocontrol implícito.** En esta fase se reproduce el proceso de una forma encubierta. El instructor con una actitud pensativa y dubitativa intenta comprobar dos alternativas, señalando una y de pronto la otra y volviendo de nuevo a la primera. El niño debe reproducir el pensamiento del instructor en la medida que va llevando a cabo la tarea. Dado que algunos niños tienden a evitar las dificultades que les plantean los problemas, dando cualquier respuesta, es conveniente que el instructor cometa alguna vez errores, ya que después usa estrategias para solucionar estos errores que son especialmente útiles estas situaciones.
- 8º.—**Entrenamiento práctico en autocontrol implícito.** el niño realiza la tarea guiándose por su lenguaje interno. El instructor puede conocer cómo el propio niño se representa la tarea observando la forma de llevarla a cabo.

En este entrenamiento autoinstruccional las tareas utilizadas varían desde habilidades sensoriomotrices a habilidades complejas de solución de problemas.

Para que el niño se acostumbre a utilizar las autoinstrucciones se ha de comenzar realizando tareas muy sencillas que el mismo pueda llevar a cabo con facilidad, de forma que se acostumbre a pensar por medio de palabras. El entrenamiento se puede iniciar con tareas que incluyan juegos, rompecabezas, problemas, etc.

En el programa se destacan como elementos favorecedores de la intervención el hecho de que las habilidades y estrategias que el niño aprende durante el entrenamiento se pongan en práctica en el hogar, en el centro escolar, en los juegos, etc. Asimismo se hace hincapié en que la generalización de las estrategias, fuera de las sesiones de intervención, se favorecen también implicando a los padres y profesores del niño como terapeutas, ya que pueden actuar como modeladores y reforzadores efectivos de los comportamientos aprendidos durante el entrenamiento terapéutico. En todo caso, en el desarrollo del programa el niño debe participar activamente. Para una descripción más detallada de un programa de entrenamiento autoinstruccional puede consultarse la obra de Meinchembaum y Goodman (1971, 1977), Meinchembaum (1985) y Douglas (1976).

2.—Economía de fichas

Como una técnica complementaria al entrenamiento en autoinstrucción verbal puede utilizarse el programa habitual en modificación de conducta denominado «Programa de Economía de Fichas» («Token Economy Program»), que se ha mostrado también eficaz en el tratamiento de escolares con hiperactividad (Riquelme y otros, 1985). En este programa se establece una correspondencia entre una cantidad determinada de objetos tangibles y un reforzador primario o secundario. Las fichas se entregan de forma contingente a la respuesta que se desea reforzar, y cuando ha transcurrido un intervalo de tiempo prefijado, puede intercambiarse por sus reforzadores equivalentes. También se puede entregar al niño un cierto número de fichas al comienzo de cada sesión de tratamiento. Se le indica que, de no cumplir las reglas previas, esto le hará perder una serie de fichas. El resto de las fichas el niño las puede emplear en pequeños premios o acumularlas para conseguir un premio mayor. Este programa aunque es complejo y costoso resulta eficaz tanto en problemas de tipo académico como de tipo social y en general en aquellos casos que manifiestan una deficiente motivación escolar. Su eficacia aumenta cuando se utiliza en grupo.

3.—Técnica de control de la atención

El objetivo de esta técnica consiste en enseñar al niño a que preste atención y a que se de cuenta de si efectivamente lo estaba haciendo. Uno de los procedimientos más sencillos y habituales consiste en enseñarle al niño a detectar una señal acústica que se produce a intervalos variables informando de inmediato si estaba o no prestando atención (Kneedler y Hallaham, 1981).

Esta técnica se puede utilizar de un modo independiente o en combinación con otras técnicas. Generalmente los niños que presentan déficits de producción, según la terminología de la teoría mediacional, son los que más rendimiento obtienen de este tipo de entrenamiento.

4.—Entrenamiento en habilidades sociales

Aunque los trabajos dedicados al tema de las habilidades sociales de los niños hiperactivos no son muy numerosos, los estudios realizados hasta el momento señalan que las interacciones sociales de estos niños con los compañeros son deficientes si se compara con el resto de la población (Cantwell, 1975; Ross y Ross, 1976; Barkley, 1982; Pellegrini y Urbain, 1985).

Estas dificultades para relacionarse con los demás se atribuyen a una consecuencia secundaria de los déficits que el niño presenta a la hora de comprender ciertas situaciones sociales, afectando a la forma en que los adultos interaccionan con él en función de su comportamiento; dificultades que vienen propiciadas por sus propias características (dependencia o independencia exagerada del adulto, temperamento lábil y carácter intempestivo, baja tolerancia a la frustración, rechazo de las normas sociales, transgresiones frecuentes de éstas con robos, mentiras, destrucciones caprichosas, etc.). De ahí que el niño hiperactivo sea poco sociable y aparezca como más distante e independiente de lo habitual. Estos problemas con los demás aparecen ya en edades tempranas (Campbell y otras, 1977; Block y Block, 1980).

Teóricamente a partir del entrenamiento cognitivo-conductual en otros tipos de déficits debería producirse un efecto de generalización positivo pero, de hecho, no se produce, lo que lleva a la necesidad de aplicar un programa específico que, concretamente, y de acuerdo con Shure y Spivack (1978) y Shure (1981) trata de mejorar el comportamiento del niño en cinco áreas que se sintetizan en las siguientes:

- a) Sensibilidad a los problemas propios y ajenos.
- b) Entrenamiento en pensamiento alternativo.
- c) Análisis medios-fines.
- d) Inferencias sociales y evaluación de consecuencias.
- e) Análisis causal y descripción de las propias motivaciones y las de los demás.

Como señalan Bash y Camp (1986) el éxito del programa reside con frecuencia en el entrenamiento del sujeto para reconocer y controlar sus propias emociones. Se sugiere que para que un niño solucione adecuadamente un problema interpersonal debe ser capaz de identificar las emociones implicadas en la interacción. Después que el niño haya identificado estas emociones debe ser capaz de comprender por qué están ocurriendo las mismas.

El programa incluye también el objetivo de enseñar al niño a generar alternativas para solucionar situaciones sociales hipotéticas. Muchas de estas situaciones implican problemas que no se pueden solucionar inmediatamente. Así se pretende motivar al niño para que se enfrente a problemas o situaciones que implican la inhibición de impulsos, ayudándole a analizar la forma en que se puede modificar su comportamiento en una situación social, a reflexionar sobre las consecuencias de sus acciones y a aproximarse a las situaciones interpersonales de una manera autocontrolada.

PROGRAMAS DE INTERVENCION Y CAMBIO CONDUCTUAL

De los resultados obtenidos en el tratamiento de la hiperactividad con psicofármacos, técnicas de modificación de conducta de orientación conductista y entrenamiento cognitivo-comportamental, no se concluye un tratamiento preferente. La comparación de sus beneficios relativos es difícil, ya que éstos dependen del tipo específico de droga, y de dosis administrada y de cada técnica o programa de terapia particular aplicada.

Entre las investigaciones que se han dedicado a evaluar la utilidad relativa de la medicación estimulante y las terapias conductuales se encuentra la realizada por

Gittelman-Klein y cols. (1976), en la que se señala que los estimulantes producen mejores resultados que las técnicas de modificación de conducta en un período corto de tiempo (dos meses) pero que las dosis altas de medicación refuerzan los efectos de esta terapia. Otros estudios, como los de Wolraich y otros (1978), compararon la eficacia de un tratamiento mixto (terapia conductista y estimulantes) con el de terapia conductista por sí misma. Los resultados indicaron que la terapia de modificación de conducta de orientación conductista favorecía preferentemente las conductas grupales adecuadas, mientras que los psicofármacos mejoraban la actividad personal. Sin embargo, las diferencias de tratamiento no fueron significativas.

En un trabajo de Gittelman-Klein y cols. (1980), comparando la eficacia del metilfenidato, metifenidato y terapia comportamental con placebo, se puso de manifiesto que la medicación estimulante —sola o en combinación con la terapia conductual— era significativamente más eficaz que la terapia comportamental aislada.

El conjunto de datos indican que los estimulantes tienen eficacia a corto plazo especialmente en los síntomas de inatención e inquietud motora, mientras que las técnicas comportamentales han demostrado ser útiles para mejorar la adaptación del niño a su ambiente y disminuir las conductas inapropiadas en la escuela y en el hogar.

En resumen, de los datos más recientes se puede concluir que:

- a) La terapia comportamental es tan útil como los estimulantes a dosis bajas, pero menos que las dosis altas de éstos.
- b) Los efectos de la terapia comportamental pueden ser reforzados por los psicofármacos haciendo que perduren más tiempo.
- c) Las técnicas de intervención comportamental benefician diferencialmente el rendimiento académico inmediato.

No obstante, el problema persiste en la efectividad terapéutica a largo plazo; ninguno de los tratamientos aislados ha ofrecido hasta la fecha resultados satisfactorios. Por ello la opinión actual es subrayar la necesidad de aplicar terapias combinadas que se focalicen en diversos campos en los que el niño presenta alteraciones y que controlan tanto las variables individuales como las ambientales en la efectividad del tratamiento (Satterfield, Cantwell y Satterfield, 1981; Loney, 1981).

Al mismo tiempo también se enfatiza la necesidad de realizar entrenamientos cognitivos específicos que enseñan al niño a percibir la conexión entre su conducta actual y sus consecuencias futuras, y de utilizar programas de refuerzo contingentes y coherentes en los que se controle tanto el valor de los refuerzos positivos como el rol de la persona que los proporciona. El uso sistemático de la atención como refuerzo puede ser una técnica muy eficaz en este tratamiento específico dada la sensibilidad del niño con este tipo de trastorno al refuerzo positivo y a la retirada del mismo que ha sugerido el equipo de Douglas. Igualmente se recomienda trabajar en colaboración con padres y profesores ya sea asesorándoles o realizando un entrenamiento con instrucciones concretas acordes con las posibilidades de cada uno.

Por último, señalar que, aunque gran número de clínicos infantiles usan técnicas dinámicas, las publicaciones sobre sus resultados son muy escasas, dada la falta de interés por la investigación en el campo de la psicoterapia tradicional que ha caracterizado las últimas décadas. Pero pese a la marcada tendencia que se ha dado en los

últimos años hacia las técnicas de intervención conductista en decremento de la psicoterapia dinámica, recientemente ha vuelto a surgir el interés por la psicoterapia individual y grupal (Tuma y Sobotka, 1983). No obstante las investigaciones sobre dichas técnicas en el tratamiento de los trastornos de la infancia contribuirán a elaborar técnicas específicas para cada niño individual, y a establecer datos sobre los resultados globales de estos procedimientos de intervención terapéutica.

CONCLUSION

La eficacia de los diferentes programas de intervención dependen o están condicionados, en parte, por el diagnóstico diferencial previo y del modo cómo se lleven a la práctica. En ésta hay que destacar la importancia que tiene el realizar la intervención al mismo tiempo en el hogar, en el centro escolar y en el ambiente en el que se desarrolla el niño. Ningún programa de intervención resulta eficaz si éste no se implementa también en el centro escolar.

Se han descrito los objetivos y procedimientos generales de los distintos programas de intervención que presentan una razonable eficacia; ello no supone que todos los niños se vayan a beneficiar de su aplicación. En la práctica va a depender de las peculiaridades de cada niño, de los medios humanos, de los instrumentos utilizados y de la existencia de datos epidemiológicos precisos que ayuden a interpretar los problemas y aplicar los remedios adecuados a cada caso particular.

Los resultados poco convincentes de muchos de los tratamientos que se han practicado hasta la fecha se deben, entre otros, a los factores siguientes: a) La atención casi exclusiva a modificar el comportamiento disruptivo e inadecuado que presentan este tipo de niños en las aulas y no a las dificultades específicas que el niño presenta tanto a nivel cognitivo (limitación de la capacidad de procesamiento de la información) como a nivel social. b) Falta de conexión entre los procedimientos seguidos en el tratamiento específico del niño por parte de terapeuta y los aplicados por los padres y profesores en contextos diferentes a los de aquél. c) Inespecificidad de los efectos de muchas de las técnicas de modificación de conducta: el niño modifica su conducta sólo en relación a los esfuerzos que se le ofrecen, sin que éstos afecten fácilmente al desarrollo de las habilidades de las que carece (estrategias perceptivas y conceptuales deficientes, baja capacidad del procesamiento de la información, etc.) o a la mejora de su comportamiento. d) Experiencia negativa en los niños de más edad como consecuencia de fracasos repetidos de programas terapéuticos poco eficaces.

BIBLIOGRAFIA

- ACKERMANN, P. UT. (1976): «Effortful processing deficits in children with reading and / or attention disorders». *Brain & Cognition*, 5, 22-40.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DC. Washington (trad. Masson, Barcelona, 1987).
- ARNOLD, N. E. (1981): «Hyperkinesis by any other name puzzles the same: Past, presente and future investigations». En C. A. WINCHEL (Ed.): *The hiperkinetic child*. Greewood Press, New York.
- BARKLEY, R. A. (1977): «A review of a stimulant drug research with hyperactive children». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 137-165.
- BARKLEY, R. A. and CUNNINGHAM, C. (1979): «The effect of methylphenidate on the motherchild interaction and hyperactive children». *Archives of General Psychiatry*, 36, 201-208.
- BASH, M. A. and CAMP, B. W. (1986): «Teacher training in the think aloud classroom program». E. G. CARTLEDGE and J. F. MILBURN (Eds.): *Teaching Social Skills to Children*. Eimsford: Pergamon Press, N. J.
- BLOCK, G. H. y BLOCK, J. (1980): «The role of ego control and ego-reliency in the organization of behavior». En COLLINS (Ed.): *Minnesota-Symposia on Child Psychology Hillsdale: Erlbaum, N. J.*
- BLUMBERG, M. L. (1978): «Depression in children on a general pediatric services». *American Journal of Psychotherapy*, 32, 20-32.
- CANTWELL, D. P. y CARLSON, G. A. (1978): «Stimulants». En J. S. WERRY (Ed.): *Pediatric Psychopharmacology*. Brunel/Mazel, New York.
- CIDAD, E. (1986): *Modificación de conducta en el aula e integración escolar* U.N.E.D., Madrid.
- CONNERS, C. K. Y SOLANTO, M. U. (1984): «Psychophysiology of stimulant drug response in hyperkinetic children». En L. M. BLOO-GMINDALE (Ed.): *Attention Deficit Disorder: Diagnostic, cognitive and therapeutic understandig*, Spectrum Publications, New York.
- CYTRYN, L. y MCKNEW, D. H. (1974): «Factors influencing the changing clinical expression on the depressive process in children». *American Journal of Psychiatry*, 131, 879-881.
- DOUGLAS, V. I. (1972): «Stoop, look and listen: the problem of sustained attention and impulsive control in hyperactive and normal children». *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4, 159-282.
- DOUGLAS, V. I. (1984): «The psychological processes implicated in ADD». En L. M. BLOO-GMINDALE (Ed.): *Attention Deficit Disorder: Diagnostic, cognitive and therapeutic understandig*. Spectrum Publications, New York.
- DOUGLAS, V. I. (1985): «The response of ADD children to reinforcement: Theoretical and clinical implications». En L. W. BLOGMINDALE (Ed.): *Attention deficit disorder: Identification, course and rationale*. Spectrum Publications, New York.
- DOUGLAS, V. I. y PETERS, K. G. (1979): «Toward a clearer definition of the attentional deficit of hyperactive children». En G. A. HALE y M. LEWIS (Eds.): *Attention and the Development of Cognitive Skills*. Plenum Press, New York.
- FERGURSON, H. y PAPPAS, B. A. (1979): «Evaluation of psychophysiological, neurochemical and animal models of hyperactivity». En R. L. TRITES (Ed.): *Hyperactivity in childre*. University Press, Baltimore.
- GITTELMAN-KLEIN, R. y otros (1980): «A control trial of behavior modification and methylphenidate in hyperactive children». En C. K. WHALEN y B. HENKER (Eds.): *Hyperactive children: The Social Ecology of Identification and Tratment*. Academic Press, New York.
- GONZALEZ-PIENDA, J. A. (1988): «Trastorno de déficit de atención e hiperactividad». *Magister*, 6, 75-96.

- HAGERMAN, R. J. (1984): «*Pediatric assessment of the Learning Disabled Children*» *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 5, 274-284.
- KINSBOURNE, M. (1984): «*Beyond attention deficit disorder in ADD*». En L. M. BLOOG-MINDALE (Ed.): *Attention Deficit Disorder: Diagnostic, cognitive and therapeutic understanding*. Spectrum Publications, New York.
- KINSBOURNE, M. y SWANSON, J. J. (1979): «*Models of hyperactivity: Implications for diagnosis and treatment*». En R. L. TRITES (Ed.): *Hyperactivity in children*. University Park Press, Baltimore.
- MEINCHENBAUM, D. M. y GOODMAN, J. (1971): «*Training impulsive children to talk of themselves: a means of developing self-control*». *Journal of Abnormal Psychology* 77, 115-126.
- MEINCHENBAUM, D. M. (1985): *Stress Inoculation Training*. Elmsford, Pergamon Press, New York.
- O'LEARY, K. D. y otros (1976): «*Behavioral treatment of hyperkinetic children*». *Clinical Pediatrics*, 15, 510-515.
- PELEGRINE, D. S. y URBAIN, E. S. (1985): «*An evaluation of interpersonal cognitive problem solving training with children*». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26 (1), 71-74.
- PINEDA, L. y otros (1986): *Modificación de conductas problema en el niño. Programa de entrenamiento para padres*. Trillas, México.
- PRIOR, M. y GRIFFIN, M. (1985): *Hyperactiv: Diagnosis and management*. Heineman Medical Books, London.
- PRIOR, M. SANSON, A.; FRETHER, C. y GEFEN, G. (1985): «*Auditory attentional abilities in hyperactive children*». *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 26, 289-399.
- RAPOPORT, J. L. y ZAMETKIN, J. (1980): «*Attention Deficit Disorder*». *Psychiatric Clinics of North America*, 3, 425-441.
- RIQUELME, M. R.; BAEZA HERNANDEZ, M. C. y MARTINEZ SELVA, J. M. (1985): «*Aplicación de la economía de fichas en el aula de Preescolar*». *Análisis de Modificación de Conducta*, 11, 633-643.
- ROUTH, D. K. (1980): «*Developmental and social aspect of hyperactivity*». En C. K. WHALEN y B. HENKER (Eds.): *Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment*. Academic Press, New York.
- ROUTH, D. K. (1986): «*Attention deficit disorder*». En R. T. BROWN y C. R. REYNOLDS: *Psychological Perspectives on Children Exceptionality: A Handbook*. John Wiley and Sons, New York.
- SAFER, D. F. (1982): «*Hyperactive attentional disorders*». En D. M. DOLEY y T. B. VAUGHN (Eds.): *Assessment and Treatment of Developmental Problems*. Spectrum Publications, New York.
- SATTERFIELD, J. H.; CANTWELL, D. P. y SATTERFIELD, B. Y. (1979): «*Multimodality treatment*». *Archives of General Psychiatry*, 36, 965-974.
- SHAWYTZ, S. y otros (1982): «*Acute and chronic effects of methylphenidate in children with attention deficit disorder*». *Neurochemical, pharmacologic and behavioral response*. *Pediatrics*, 69, 688-694.
- SHETTY, T. y CHASE, T. M. (1976): «*Central monoamines and hyperkinesis of childhood*». *Neurology*, 26, 1.000-1.002.
- SHURE, M. B. (1981): «*Social competence as a problem-solving skills*». En J. D. WINE y M. D. SMYE (Eds.): *Social Competence*. Guilford Press, New York.
- SPRAGUE, R. L. y SLEATOR, E. K. (1977): «*Methylphenidate in hyperkinetic children difference in dose effects on learning and social behavior*». *Sociologie*, 198, 1.274-1.276.
- SHURE, M. B. y SPIVACK, G. (1978): *Problem-solving techniques in childrearing*. Jossey-Bas, San Francisco.
- WENDER, P. H. (1984): «*Remarks on the neurotransmitter hypothesis*». En L. M. BLOOM-GMINDALE (Ed.): *Attention Deficit Disorder: Diagnostic, cognitive and therapeutic understanding*. Spectrum Publications, New York.
- WHALEN, C. K. y HENKER, B. (Eds.) (1980): *Hyperactive Children: The Social Ecology of Identification and Treatment*. Academic Press, New York.