



# TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA HIPERACTIVIDAD INFANTIL: UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR

---

**INMACULADA MORENO GARCÍA**  
Universidad de Sevilla

## Resumen

En este artículo se expone un modelo de intervención basado en el enfoque conductual-cognitivo para tratar la hiperactividad en el ámbito escolar. La actuación terapéutica se lleva a cabo a través de un programa de naturaleza multimodal, estructurado en seis fases sucesivas, con objetivos específicos y actividades precisas, diseñadas para cada una de las etapas previamente diferenciadas. La intervención se dirige a los niveles tradicionalmente implicados en la hiperactividad infantil; niños hiperactivos, profesores y padres, y resulta de la integración de procedimientos conductuales-cognitivos aplicados al niño afectado, programas de entrenamiento para los adultos responsables de éste en el medio natural, y planificación de estrategias adecuadas de programación del aprendizaje escolar. Asimismo, se diseñan iniciativas para fomentar la generalización y mantenimiento de los logros conductuales y académicos. Finalmente, analizamos las perspectivas futuras de los programas terapéuticos multicomponentes desarrollados ampliamente en las últimas décadas para tratar este trastorno.

**Palabras clave:** Hiperactividad, niños, tratamiento, técnicas conductuales y cognitivas, ámbito escolar..

## Abstract

This article presents a school-based program to treat attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). The intervention plan is based on the behavior-cognitive model. A multimodal approach guides the therapeutic activity. The therapy plan is structured over six consecutive steps, each one with specific goals and interventions. ADHD children, their parents, and teachers are all focus of treatment. The proposed integrated treatment plan involves behavior-cognitive interventions directed toward children, adult training on child management, and teacher's training on academic instruction strategies. Plans are designed to promote the generalization and maintenance of behavioral and academic gains. Finally, future perspectives on multimodal intervention plans are analyzed.

**Key Words:** Attention-deficit hyperactivity disorders, children, treatment, behavioral techniques, cognitive techniques, school setting.

## 1. Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad pese a constituir un problema infantil ampliamente estudiado desde distintas perspectivas y por profesionales adscritos a diferentes planteamientos teóricos, continúa siendo en la actualidad un enigma. Desde que este trastorno se describió por primera vez a mediados del siglo pasado, numerosas investigaciones y publicaciones aparecidas en las últimas décadas intentan una aproximación precisa a su etiología, comorbilidad, pronóstico, y tratamiento.

Aún cuando en estos momentos existe un amplio consenso acerca de las alteraciones características, a saber, déficit de atención, problemas de actividad e impulsividad, los niños hiperactivos quedan lejos de responder a un perfil clínico definido, con una etiología similar, una respuesta al tratamiento uniforme y un pronóstico predecible. Constituyen, por contra, una población heterogénea, con diferencias en su sintomatología, en el tipo de ambiente que desencadena las alteraciones, en los problemas y trastornos que coexisten con la hiperactividad y en la respuesta clínica al tratamiento administrado, entre otros aspectos etc.

Así pues, la investigación sobre este trastorno mantiene numerosas vías y campos por explorar, basta mencionar, en este sentido, algunas de las áreas objeto de estudio en la actualidad. Resultan significativos los esfuerzos por identificar la comorbilidad asociada (Rodríguez-Ramos, García-Pérez, Sánchez, Ortega, Carrascosa, Sánchez-Mascaraque, Sordo, Villanueva y Kloppe, 1997), subrayar los aspectos diferenciales del trastorno respecto a otras alteraciones tomando como referencia, entre otras variables, la edad de inicio, el procesamiento cognitivo, la adaptación social y escolar de los niños, etc. (Presentación y Miranda, 1996). Asimismo se publican numerosas investigaciones preocupadas por abordar el trastorno específicamente en el medio escolar (DuPaul y Stoner, 1994), incidiendo en la utilidad del análisis funcional para evaluar las alteraciones características en este contexto (Ervin, DuPaul, Kern y Friman, 1998), o evaluando el rendimiento académico de los niños afectados (Faraone, Biederman, Lehman, Spencer, Norman, Seidman, Kraus, Perrin, Chen y Tsuang, 1993).

Por otro lado, son notables los esfuerzos invertidos en investigar los tratamientos tradicionalmente aplicados, analizando bien, sus efectos por separado, (Iaboni, Douglas y Baker, 1995, Miranda, Pastor, Roselló y Mulas, 1996), o bien, comparando sus resultados cuando se aplican de manera combinada (Whalen y Henker, 1991; Moreno, 1996). Desde otra perspectiva, se proponen programas específicos de entrenamiento y formación para padres (Barkley, 1995) al tiempo que se plantean alternativas para la prevención de la hiperactividad e impulsividad infantil (Avila, Orjales y Polaino-Lorente, 1997, Bornas, Servera y Llabrés, 1997).

Ahora bien, el modo de abordar terapéuticamente este trastorno no es ajeno a la realidad y complejidad inherente al mismo. Actualmente, la intervención terapéutica para tratar hiperactividad se apoya en tres pilares o alternativas, a saber: el tratamiento farmacológico, constituye el punto de partida, la opción tradicional y respecto a la cual existe abundante investigación acerca de los resultados a corto plazo de la medicación estimulante. Las terapias conductuales-cognitivas que, desarrolladas a partir de los años sesenta, representaron la alternativa capaz de obtener beneficios terapéuticos desprovistos de efectos secundarios adversos, descritos ampliamente respecto a la terapia farmacológica. Junto a éstos, los tratamientos combinados, objeto de continua investigación en la actualidad, encarnan el futuro, la integración efectiva de ambos enfoques. Constituyen, en definitiva, la opción prometedora que pretende ampliar el alcance de los beneficios terapéuticos reduciendo los costes implicados y consolidando el éxito terapéutico (Moreno, 1995).

En especial las intervenciones psicológicas desarrolladas en este campo resultan de la aplicación de programas multicomponentes, integrados por procedimientos específicos de aplicación al propio niño hiperactivo, e iniciativas que suponen el entrenamiento conductual de

padres y profesores. En este sentido, se han diseñado programas para entrenar a padres de niños con trastornos de conducta en general (Forehand y MacMahon, 1981, Wilck-Nelson e Israel, 1997) e hiperactividad en particular (Barkley, 1995).

En cualquier caso, las intervenciones terapéuticas desarrolladas desde la perspectiva conductual-cognitiva persiguen, entre otros objetivos, superar la tradicional dicotomía entre excesos y déficits conductuales, favorecer explícitamente la realización de actividades que contribuyan a aminorar los déficits de atención y dificultades de aprendizaje relevantes en los niños hiperactivos así como, modificar los comportamientos característicos, movilidad excesiva e impulsividad, que, sin duda, provocan un impacto social adverso. Por otro lado, es objetivo destacado, alcanzar mediante la aplicación de procedimientos cognitivos, capacitar a los niños para ejercer control de su propia conducta y disponer de habilidades, estrategias que les permitan analizar los problemas, indagar sobre posibles soluciones, optar por aquellas que resultan ser más adecuadas y aplicarlas, finalmente, a la realidad (Abikoff y Klein, 1992).

Ahora bien, cuando se analizan explícitamente las intervenciones conductuales desarrolladas en el aula para abordar este trastorno, se plantean varios aspectos de interés, a saber: *a)* Cuales son las conductas objeto de la intervención terapéutica en este ámbito, *b)* Quienes constituyen las fuentes de reforzamiento habituales y *c)* Cuales han de ser las actuaciones y estrategias específicas más adecuadas para afrontar los problemas que presentan los niños hiperactivos en este contexto (DuPaul y Stoner, 1994).

Respecto a la primera cuestión cabe indicar que los tratamientos de la hiperactividad en el colegio se centran en las tareas académicas por un lado, y en el comportamiento disruptivo por otro. Desde los primeros trabajos publicados y durante cierto tiempo, las intervenciones terapéuticas han mantenido como objetivo general incrementar la atención y disminuir los comportamientos alterados, suponiendo que, de este modo, mejoraría el aprendizaje y el rendimiento académico de los niños tratados se vería afectado positivamente (Ayllon y Rosenbaum, 1977). Sin embargo, aún cuando el reforzamiento diferencial de la atención origina efectos favorables, esto es, mejorías en la atención y en los comportamientos disruptivos, apenas tiene impacto alguno sobre el rendimiento académico. Por el contrario, los progresos se observan cuando el refuerzo se administra explícitamente tras la mejoría observada en la ejecución, en el propio trabajo académico (Burnett, Hobbs y Lahey, 1993).

En lo relativo a las fuentes de reforzamiento, gran parte de las intervenciones fomentan la administración de consecuencias por parte del profesor si bien, en ocasiones se emplea la atención de los compañeros para estimular conductas adaptadas. Asimismo, los padres proporcionan refuerzos en aquellos programas que prescriben recompensas en el hogar tras la recepción de un informe favorable del comportamiento infantil emitido por el profesor (Pelham, Carlson, Sams, Vallano, Dixon y Hoza, 1993). De este modo, se pretende asegurar el mantenimiento y generalización de las mejorías conductuales observadas en el colegio, no obstante, este procedimiento lleva implícito el riesgo de una posible demora entre la ejecución adecuada por parte del niño y la obtención del reforzamiento, al tiempo que puede cuestionar seriamente las garantías de integridad del tratamiento dado que con frecuencia éste no se aplica en casa según lo planificado previamente.

Por otro lado, para tratar hiperactividad en el colegio se aplican básicamente procedimientos de manejo de contingencias y técnicas cognitivas. Reforzamiento, Control de Estímulos, Tiempo Fuera, Economía de Fichas, Modelado y Entrenamiento en Autoinstrucciones, constituyen, entre otras, las técnicas habitualmente administradas. Sin embargo, el alcance limitado de los efectos terapéuticos logrados hasta el momento, en parte debido a la escasa contextualización de los programas de intervención aplicados (Presentación y Miranda, 1996), ha estimulado la necesidad de llevar a la práctica intervenciones que, junto a las técnicas mencionadas, hacen hincapié en

la programación y planificación previa de aquellas tareas y actividades que el niño hiperactivo realizará en el colegio (DuPaul y Stoner, 1994). Se trata en definitiva, de aplicar un tratamiento personalizado que integre procedimientos terapéuticos eficaces y adaptación de estrategias instruccionales y de aprendizaje. O lo que es igual, ajustar las tareas académicas al ritmo de aprendizaje individual teniendo en cuenta niveles de dificultad progresiva, tiempo de ejecución breve y contenido agrupado por áreas o aspectos comunes y relevantes. Asimismo, en estos casos, es aconsejable acompañar las propuestas escolares con actividades y ejercicios específicos encaminados a lograr inhibición muscular y control visomotor-cognitivo (DuPaul, 1991, Moreno, 1995).

En este contexto se desarrolla el programa de intervención multimodal que se describe a continuación. Pretende llevar a cabo una actuación integrada que permita tratar con éxito la hiperactividad infantil en el contexto escolar, implicando para tal fin al niño hiperactivo, el profesor y los padres. Con este objetivo el programa terapéutico propuesto queda estructurado en torno a tres ejes destacados: *a)* Procedimientos conductuales-cognitivos aplicados al niño, *b)* Entrenamiento específico para los adultos responsables de éste y *c)* Estrategias de programación y planificación del aprendizaje escolar.

## **2. Programa de intervención conductual-cognitivo para tratar hiperactividad en el colegio**

### **2.a. Bases y Fundamentos de la Intervención**

La actuación terapéutica se apoya en los siguientes planteamientos:

1) El tratamiento conductual-cognitivo para tratar hiperactividad se pone en práctica en el medio natural, circunstancia que implica el trabajo y entrenamiento directo de las personas responsables del niño, padres y educadores, que actúan como agentes de cambio terapéutico y contribuyen, asimismo, a generalizar y consolidar los beneficios conductuales.

Los adultos tienen acceso directo e inmediato a las conductas problemáticas, intervienen en el momento preciso y controlan efectos muy potentes sobre el comportamiento infantil como atención y afecto. Por estas razones, el programa que se describe en las páginas siguientes contempla el entrenamiento del profesor en principios de aprendizaje y en procedimientos conductuales para incrementar conductas adaptadas y eliminar comportamientos disruptivos. Por otro lado, insiste en la intervención de los padres con un doble objetivo: *a)* Participar como fuente de reforzamiento tras la recepción de un informe positivo acerca del comportamiento infantil y *b)* Asegurar que los cambios apreciados en la escuela se consolidan y generalizan en casa, con la familia.

2) De acuerdo con Ayllon y Rosenbaum (1977), DuPaul (1991), Moreno (1995), Bornas y Servera (1996) toda intervención en el medio escolar dirigida hacia las conductas hiperactivas y dificultades asociadas debe asumir dos polos de actuación: *a)* Identificación y control de los efectos ambientales que fomentan y mantienen las conductas disruptivas en clase y, *b)* Estructuración y planificación del aprendizaje. Tarea, esta última, que supone una doble actuación, por un lado, configurar el contenido y estructura de las actividades académicas y por otro, planificar las estrategias de aprendizaje que una vez adquiridas permitirán resolver con éxito las actividades planteadas en la escuela.

3) Las técnicas de manejo de contingencias empleadas en este ámbito pretenden controlar los factores ambientales implicados en las alteraciones del comportamiento infantil, y disponer las condiciones ambientales imprescindibles para mejorar el funcionamiento cognitivo del niño cuando ha de hacer frente a tareas escolares y dificultades sociales.

4) Se supone que los niños hiperactivos carecen de los recursos y habilidades cognitivas necesarias para ejecutar satisfactoriamente las actividades académicas y responder con éxito a los problemas sociales que se le plantean. Así pues, es objetivo del programa de intervención enseñar a los niños estrategias apropiadas de pensamiento y actuación.

## 2.b. Estructura y contenido del programa terapéutico

La intervención cognitiva-conductual en hiperactividad infantil depende, obviamente, de los problemas y connotaciones particulares de cada caso, de ahí la adaptación del programa terapéutico en función de los resultados extraídos del estudio individualizado previo. Una vez subrayados estos aspectos diferenciales, especialmente relevantes debido a la heterogeneidad conductual y etiológica característica de este trastorno, proponemos el programa terapéutico cuyos aspectos característicos aparecen expuestos en la Tabla 1. Este programa se encuentra estructurado en torno a seis fases sucesivas, en cada etapa, a su vez, se plantean objetivos específicos, actividades a desarrollar de manera concreta y técnicas apropiadas para facilitar tales actividades y lograr los fines previstos.

**Tabla 1.- Programa multimodal de intervención conductual-cognitivo para tratar hiperactividad en el colegio**

FASES	TÉCNICAS EMPLEADAS	DESTINATARIOS
I. Entrenamiento conductual del profesor	Ensayo Conductual	Niño Hiperactivo
II. Promover implicación y motivación del niño hacia el programa terapéutico	Modelado	Profesor
I. Entrenamiento conductual del profesor	Asignación de Tareas	Padres
II. Promover implicación y motivación del niño hacia el programa terapéutico	Contratos conductuales	
III. Control ambiental y planificación de tareas	Reforzamiento	
IV. Aplicación procedimientos de manejo de contingencias	Control de Estímulos	
V. Entrenamiento cognitivo	Instigación Verbal	
VI. Mantenimiento y Generalización	Economía de Fichas	
	Entrenamiento en autoinstrucciones	
	Terapia de solución de problemas	

## **2.c. Desarrollo y Aplicación del Programa de Tratamiento**

### ***I Fase. Entrenamiento Conductual del Profesor***

#### *Objetivos*

Informar sobre pautas de actuación correctas con los niños, explicar los principios de aprendizaje en los que se basan los comportamientos alterados y precisar el efecto que sus propias conductas pueden generar en los alumnos. Entrenar al profesor en técnicas de registro y en procedimientos para fomentar conductas adaptadas y extinguir comportamientos anómalos.

#### *Actividades a desarrollar*

1. Proporcionar información y entrenamiento en principios, técnicas de aprendizaje, normas y pautas de conducta. Específicamente, el entrenamiento se desarrolla en base a las siguientes cuestiones:

- a) Cómo lograr que el niño hiperactivo se comporte correctamente en el lugar y momento adecuado mediante control de estímulos y entrenamiento en discriminación.
- b) Cómo conseguir, mediante reforzamiento positivo, que las conductas adaptadas aparezcan con más frecuencia.
- c) Cómo lograr que el niño realice una tarea académica nueva con garantías de éxito en su ejecución.
- d) Cómo favorecer la persistencia del comportamiento infantil en relación a tareas y actividades sociales en el colegio.
- e) Cómo reducir la aparición de conductas anómalas mantenidas por atención y consideración social.

2. Informar y debatir acerca del contenido de la intervención específica a desarrollar en cada caso: Objetivos conductuales que se pretenden alcanzar técnicas empleadas, condiciones de aplicación y efectos esperados.

3. Discusión y debate sobre los posibles problemas, inconvenientes y obstáculos asociados a la puesta en práctica del tratamiento en el ámbito escolar. Planteamiento de estrategias de solución.

#### *Técnicas empleadas*

Información verbal, Ensayo conductual, Modelado, Asignación de tareas.

### ***II Fase: Promover Implicación y Motivación del niño hacia el Programa Terapéutico***

#### *Objetivos*

Informar del contenido de la intervención y de los objetivos finales, precisando, no obstante, los logros que se pretenden obtener a corto plazo. Se trata de incrementar la motivación e implicación del niño en el tratamiento defendiendo, entre otras cuestiones, que las dificultades de aprendizaje no se deben a incompetencia personal sino al desconocimiento de habilidades y estrategias adecuadas que los individuos pueden aprender. Se hace hincapié en las ventajas que se derivan del control de la conducta y de la inhibición de los comportamientos alterados, al mismo tiempo se enfatiza su repercusión favorable en la mejora de las relaciones familiares

y sociales. En suma, se pretende asegurar el interés del niño durante la aplicación del programa, factor imprescindible, por otro lado, para garantizar el éxito del entrenamiento cognitivo posterior en autoinstrucciones y solución de problemas.

#### *Actividades a desarrollar*

1. Información verbal de los objetivos y contenido del programa.
2. Descripción de los comportamientos que serán reforzados (Por ejemplo: seguir las instrucciones del profesor, persistir en el trabajo escolar e individual, permanecer sentado, etc.), haciendo hincapié en las consecuencias derivadas de éstos. Descripción de aquellos comportamientos que serán objeto de extinción y castigo (Por ejemplo: Hablar e interferir en el trabajo de los compañeros, levantarse y moverse por la clase), precisando, asimismo, los efectos asociados a éstos.
3. Visualización de ejemplos similares de los comportamientos que se pretenden instaurar de acuerdo con el siguiente procedimiento:
  - a) Seleccionar amigos/compañeros a los que el niño considera individuos competentes con prestigio, etc.
  - b) Asegurarse que el niño observa al modelo cuando éste realiza el comportamiento adecuado (persistir en la realización del trabajo escolar) y proporcionar aprobación por realizarlo.
  - c) Apoyar el modelo real con ilustraciones, láminas, narraciones y descripciones de comportamientos similares.
4. Debate sobre los beneficios y ventajas a largo plazo del programa: Mejora de las relaciones con la familia, mayor integración en el grupo de amigos, resultados satisfactorios en relación a las demandas escolares, etc.

#### *Técnicas empleadas*

Información verbal, Modelado, Contratos de contingencias. Reforzamiento.

### **III Fase. Control Ambiental y Planificación de Tareas**

#### *Objetivos*

Esta etapa de la intervención está destinada a modificar los estímulos del medio relacionados con los problemas de comportamiento identificados así como, a programar las tareas académicas adecuadas y desarrollar la estrategia que Bornas y Servera (1996) denominan *Instrucción Estratégica*. Esto es, estimular en el niño estrategias generales para hacer frente a diversos problemas y en variadas situaciones, junto con estrategias niño específicas relacionadas directamente con las tareas y actividades académicas que ha de solucionar eficazmente en el ámbito escolar.

#### *Actividades a desarrollar*

1. Reorganización ambiental:
  - a) Efectuar cambios en la disposición y ubicación del niño en clase con el objetivo de neutralizar posibles respuestas de distracción.
  - b) Eliminar materiales, objetos, etc. no relevantes para la realización de las tareas escolares propuestas.

2. Proponer tareas académicas de fácil resolución, descomponerlas en secuencias de partes componentes. A continuación, resolver las distintas partes por separado e integrar posteriormente su contenido. Subrayar mediante colores, trazos diferentes, tamaños, etc. los elementos importantes de las actividades planteadas.

3. Realizar tareas que implican control visomotor-cognitivo:

- a) Observar figuras y detalles
- b) Construir y reproducir modelos
- c) Clasificar series de objetos diferentes
- d) Resolver laberintos
- c) Ordenar, por criterios temporales y espaciales, distintas secuencias de actividades y acontecimientos.

4. Combinar actividades escolares con ejercicios encaminados a desarrollar inhibición muscular y aprender a relajarse: Balanceo, Equilibrio, Relajación muscular, Enseñarles a respirar lentamente y prestar atención a sonidos regulares ayudados por recursos materiales como, balancines, mecedoras, etc.

#### *Técnicas empleadas*

Control de estímulos, Entrenamiento en discriminación, Modelado, Instigación verbal, Ensayo conductual, Reforzamiento, Asignación de tareas.

### ***IV Fase. Aplicación de los Procedimientos de Manejo de Contingencias Seleccionados***

#### *Objetivos*

La aplicación de los procedimientos conductuales pretende alterar las condiciones ambientales que influyen y mantienen las conductas problemáticas del niño en el colegio, y disponer el ambiente para estimular, en su lugar, comportamientos adaptados. Así pues, la intervención consiste de manera general en reducir la conducta de hiperactividad que interfiere con el aprendizaje, y aumentar el rendimiento académico a través de recompensas otorgadas tras la ejecución académica correcta.

#### *Actividades a desarrollar*

1. Diseñar el sistema de economía de fichas aplicable en cada caso específico:
  - a) Delimitación y precisión de las conductas relacionadas con las ganancias (permanecer sentado, persistir en el propio trabajo escolar, etc.) y pérdidas de fichas (levantarse y moverse por la clase, interrupción injustificada del trabajo individual, etc.).
  - b) Seleccionar las fichas idóneas (maneables, fáciles de llevar, atractivas, etc.)
  - c) Normas relativas a ganancias, pérdidas e intercambio de fichas.
  - d) Variaciones y cambios en los criterios de reforzamiento y reglas de intercambio
2. Elaborar registros diarios de ganancias / pérdidas y colocarlos en lugares visibles para el niño.
3. Diversificar los reforzadores de apoyo y programar la retirada progresiva de fichas en favor de reforzadores sociales.

#### *Técnicas empleadas*

Economía de fichas, Coste de respuesta, Reforzamiento diferencial.

## **V Fase. Entrenamiento Cognitivo**

### *Objetivos*

Esta fase tiene como objetivo lograr que el niño aprenda una estrategia general de pensamiento y actuación basada en el uso del lenguaje para regular el comportamiento, y desarrollada en base al enfoque de solución de problemas.

### *Actividades a desarrollar*

1. Aplicación de autoinstrucciones idóneas para regular la realización de distintas tareas académicas.
2. Entrenamiento en habilidades de solución de problemas:
  - a) Orientación hacia el problema
  - b) Definición y formulación del problema
  - c) Generación de soluciones alternativas
  - d) Toma de decisiones
  - e) Puesta en práctica de la solución y verificación
3. Práctica de las estrategias cognitivas en imaginación.
4. Empleo y práctica de las estrategias aprendidas para afrontar problemas de impulsividad y dificultades específicas de aprendizaje.

### *Técnicas empleadas*

Modelado, Reforzamiento, Instigación verbal, Terapia de solución de problemas, Entrenamiento autoinstruccional.

## **VI Fase. Mantenimiento y Generalización. Entrenamiento a Padres.**

### *Objetivos*

Asegurar y consolidar los beneficios terapéuticos niño allá del contexto en el que se ha desarrollado el tratamiento. Formar y entrenar a los padres en principios de aprendizaje para que éstos aprendan habilidades y pautas de conducta encaminadas a alterar y regular eficazmente los comportamientos anómalos de los niños en el medio natural.

### *Actividades a desarrollar*

1. Análisis del estado y naturaleza de las interacciones padres-hijo. Descripción y exposición de ejemplos de conflictos y situaciones problemáticas y difíciles de resolver por los padres. Planteamiento de estrategias y alternativas de solución a los problemas de comportamiento infantil (Cómo afrontar los cambios continuos de actividad en casa, el escaso ajuste a las normas y disciplina familiar, etc.).
2. Entrenamiento conductual centrado en los siguientes aspectos:
  - a) Discriminar específicamente las conductas problemáticas del niño haciendo hincapié en los acontecimientos previos y consecuencias posteriores.
  - b) Establecer reglas explícitas de comportamiento, formuladas en forma positiva, simples, claras y comprensibles por el niño.
3. Entrenamiento para ignorar conductas alteradas y reforzar los comportamientos adaptados asegurando que éstos se emitirán con más frecuencia..

### *Técnicas empleadas*

Instrucción verbal, Ensayo conductual, Modelado simbólico Reforzamiento, Asignación de tareas.

## **3. Discusión y conclusiones**

Los esfuerzos invertidos durante décadas en el estudio de este trastorno han permitido avanzar en precisión y especificidad diagnóstica del mismo así como en su evaluación. No obstante, en el terreno del tratamiento permanecen numerosos interrogantes aún sin resolver pese a que durante años se viene trabajando para identificar tratamientos eficaces, sean éstos de naturaleza farmacológica o conductual-cognitiva.

Las numerosas investigaciones realizadas con el objetivo de probar la eficacia de distintas alternativas terapéuticas, evaluando, bien de forma independiente o bien combinada, los fármacos administrados y las técnicas conductuales aplicadas han aportado únicamente resultados discretos. Lo cierto es que en la actualidad no se dispone de tratamientos claramente eficaces para abordar este trastorno, y ello teniendo en cuenta el alcance limitado de los beneficios terapéuticos obtenidos, la enorme variabilidad detectada en la respuesta clínica al tratamiento y los efectos secundarios asociados, entre otros aspectos críticos.

En suma, las iniciativas terapéuticas emprendidas para tratar este trastorno infantil tienen planteadas al menos dos cuestiones de interés, esto es: ¿Cómo orientar la decisión última sobre la terapia si las respuestas individuales varían enormemente, y no existen evidencias concluyentes acerca de la superioridad terapéutica de uno u otro tratamiento?, ¿Cuales son los criterios que deben guiar la selección de los métodos terapéuticos más adecuados en cada caso de hiperactividad?

En este contexto, la preocupación por demostrar el éxito de los fármacos estimulantes o la eficacia de los programas conductuales, que ha guiado buena parte de los trabajos publicados en los últimos años, ha pasado a un segundo plano, al tiempo que cada día cobran auge las propuestas terapéuticas que, respecto a este trastorno, subrayan la necesidad de proceder a una reconceptualización del modelo de tratamiento en vigor, tomando como ejes de referencia los principios de *individualización*, (Moreno, 1995), *contextualización* de la terapia (Barkley, 1995), *multidimensionalidad* y *cuidado crónico* (Kazdin, 1995).

Descartado por insatisfactorio el tratamiento de elección único y, hasta que las investigaciones emprendidas para identificar las condiciones bajo las que existen garantías de éxito terapéutico aporten nuevos resultados, todos los indicios aconsejan diseñar y planificar el programa terapéutico a partir del análisis exhaustivo de cada caso y de las situaciones ambientales en las que se exigen las respuestas apropiadas. De este modo, el estudio individual y pormenorizado debe aportar los elementos imprescindibles para configurar el tratamiento específico de manera que integre aquellos componentes que se adaptan a las necesidades particulares del niño diagnosticado con este trastorno.

Por otro lado, desde distintos puntos de vista se insiste en la necesidad de programar la intervención clínica teniendo en cuenta la situación ambiental específica y el contexto donde han de emitirse los comportamientos adaptados. La implicación activa de padres y profesores en el tratamiento responde a este objetivo y refleja los intentos de garantizar la consolidación de los beneficios terapéuticos (Barkley, 1995, Presentación y Miranda, 1996). Sin embargo, cuando el peso de la intervención descansa exclusivamente en los adultos, los resultados dependen en gran medida del interés, competencia y colaboración de padres y profesores. En ocasiones,

éstos fracasan al llevar a cabo los programas conductuales diseñados para su aplicación en casa y en el colegio, no cumplen las instrucciones del terapeuta o intentan actuar de acuerdo con normas o directrices no programadas. En otros casos, tienen dificultades para generalizar las habilidades aprendidas a conductas no tratadas específicamente.

Uno de los aspectos críticos de los tratamientos tradicionales, farmacológico y conductual-cognitivo, respectivamente, indica que ambas alternativas obtienen resultados positivos en determinadas alteraciones características de este trastorno, sin proporcionar en ningún caso una respuesta clínica global y satisfactoria (Moreno, 1996). El análisis de estos beneficios, hasta ahora discretos, parciales, así como de las limitaciones asociadas a las terapias administradas ha planteado la necesidad de aumentar el foco de actuación y con ello, la amplitud de las intervenciones terapéuticas con la finalidad última de cubrir buena parte de las áreas relevantes para la disfunción individual.

De acuerdo con este planteamiento se diseñan programas multicomponentes concebidos gráficamente como si se tratara de módulos abordados independientemente, pero integrados, a su vez, en un régimen de tratamiento general (Kazdin, 1995). Este modelo de intervención pretende beneficiarse de los resultados obtenidos por los tratamientos habituales aplicados individualmente, de tal manera que la aplicación integrada contribuya a potenciar la respuesta clínica, disminuir los costes terapéuticos y consolidar los cambios logrados con la terapia. Desde esta perspectiva se justifica la aplicación de tratamientos combinados para tratar hiperactividad infantil (Pelham y Murphy, 1986).

Ahora bien, el empleo de programas multimodales cuenta con varias limitaciones, entre ellas, el desconocimiento existente acerca de cuales son los componentes críticos, los elementos relevantes de los programas terapéuticos, su influencia, peso específico en los resultados, efectos diferenciales, etc. En cualquier caso, la acumulación de técnicas, como señala Kazdin (1995), debiera responder esencialmente a una justificación conceptual, camino en el ya trabajan, entre otros autores, Whalen y Henker (1991) quienes han delimitado algunos de los parámetros, entre ellos, ámbito de aplicación y problemas tratados, evaluación de resultados, posibilidades de generalización de beneficios, efectos secundarios e indirectos del tratamiento, etc., a partir de los cuales establecer el contraste y comparación entre las distintas modalidades terapéuticas desarrolladas en este ámbito. En todo caso, conviene subrayar que la aplicación de tratamientos múltiples exige la adaptación y reorientación de técnicas y componentes terapéuticos de acuerdo con la evolución de las alteraciones infantiles tratadas.

El enfoque de cuidado crónico propuesto para abordar el tratamiento de los trastornos de conducta supone extrapolar el modelo de tratamiento de las enfermedades crónicas a los problemas de salud mental (Kazdin y Buela-Casal, 1994). Desde este punto de vista se entiende la hiperactividad como una condición crónica que no puede ser tratada de forma que desaparezca. O lo que es igual, este modelo presupone que el niño hiperactivo requiere cuidado continuado, control y tratamiento prolongado durante todo el curso de vida. Basta observar el curso de desarrollo del trastorno, la continuidad de las alteraciones en la vida adulta y el limitado éxito terapéutico cosechado durante décadas de investigación y práctica clínica, para proponer y verificar posteriormente, la utilidad de este modelo al tratamiento de la hiperactividad infantil (Kazdin, 1995).

En suma, a modo de conclusión, el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad lejos de constituir un ámbito definido y acotado por las alternativas tradicionales, refleja un panorama con numerosos interrogantes aún por resolver. Las cuestiones pendientes se relacionan bien, con las condiciones de aplicación de las técnicas terapéuticas, bien con el contenido de los programas terapéuticos, o con sus objetivos y destinatarios, efectos a largo plazo, etc. En cualquier caso, las líneas de investigación abiertas han de profundizar en el futuro

en las propuestas que abogan por tratamientos individualizados, programas de amplio espectro, y enfoques que asimilan este trastorno a una condición crónica.

Añadir que el modelo de intervención de amplio espectro, dirigido a distintas áreas problemáticas o deficitarias y sensible a las influencias implicadas en la hiperactividad infantil, es el soporte conceptual del programa terapéutico que hemos descrito en páginas anteriores. Indicar por último, que las investigaciones venideras han de probar los efectos de esta propuesta de intervención, analizando las posibilidades de aplicación, sus componentes críticos y limitaciones en el ámbito escolar.

#### 4. Referencias

- 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.
- Ávila, C., Orjales, I. Y Polaino-Lorente, A. (1997). El enfoque preventivo de la hiperactividad infantil En A. Polaino-Lorente, C. Ávila, J. Cabanyes, D. A. García, I. Orjales, y C. Moreno (Eds.). *Manual de Hiperactividad infantil*. Madrid. Unión Editorial
- Ayllon, T. y Rosenbaum, M. (1977): The behavioral treatment of disruption and hyperactivity in school settings. En B. Lahey y A. Kazdin. (Eds.). *Advances in clinical child psychology*. (Vol. 1). Nueva York. Plenum Press.
- Barkley, R. (1995). *Taking charge of ADHD. The complete, authoritative guide for parents*. Nueva York. Guilford.
- Bornas, X. y Servera, M. (1996). *La impulsividad infantil. Un enfoque cognitivo-conductual*. Madrid. Siglo XXI.
- Bornas, X., Servera, M. y Llabrés, J. (1997). Prevención de la impulsividad y comportamiento estratégico en preescolares. *Psicología Conductual*, 5, 133-146.
- Burnett, K., Hobbs, S. y Lahey, B. (1993). Tratamiento conductual. En T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds.). *Psicopatología infantil*. Barcelona. Martínez Roca. (Ed. orig. 1989).
- DuPaul, G. (1991). Attention deficit-hyperactivity disorder. Classroom intervention strategies. *School Psychology International*, 12, 85-94.
- DuPaul, G. y Stoner, G. (1994). ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies. Nueva York. Guilford.
- Ervin, R., DuPaul, G., Kern, L. y Friman, P. (1998). Classroom-based functional and adjunctive assessments: Proactive approaches to intervention selection for adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 65-78.
- Faraone, S., Biederman, J., Lehman, B., Spencer, T., Norman, D., Seidman, L., Kraus, I., Perrin, J., Chen, W. y Tsuang, M. (1993). Intellectual performance and school failure in children with attention deficit hyperactivity disorder and in their siblings. *Journal of Abnormal Psychology*, 4, 616-623.
- Forehand, R. y McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. Nueva York. Guilford.
- Iaboni, F., Douglas, V. Y Baker, A. (1995). Effects of reward and response costs on inhibition in ADHD children. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 232-240.
- Kazdin, A. (1995). Scope of child and adolescent psychotherapy research: Limited sampling of dysfunctions, treatments, and client characteristics. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 125-140.
- Kazdin, A. Y Buela-Casal, G. (1994). *Conducta antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid. Pirámide.
- Miranda, A., Pastor, J. C., Roselló, M. B., y Mulas, F. (1996). Eficacia de las intervenciones farmacológicas en el tratamiento de la hiperactividad. *Psicothema*, 8, 89-105
- Moreno, G. I. (1995). *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid. Pirámide.
- Moreno, G. I. (1996). Aplicación combinada de técnicas conductuales-cognitivas y psicofármacos como alternativa terapéutica en el ámbito infantil: El ejemplo de la hiperactividad. *Anales de Psiquiatría*, 12, 209-219.
- Pelham, W. E. y Murphy, H. A. (1986). Attention deficit and conduct disorders. En M. Hersen (Ed.) *Pharmacological and behavioral treatment. An integrative approach*. Nueva York. Wiley.
- Perlham, E., Carlson, C., Sams, S., Vallano, G., Dixon, J. y Hoza, B. (1993). Separate and combined effects of methylphenidate and behavior modification on boys with attention deficit-hyperactivity disorder in the classroom. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 506-515.
- Presentación, M. J. y Miranda, A. (1996). Revisión de las características diferenciales entre niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad con y sin agresividad asociada. *Revista de Psicología de la Educación*, 20, 43-68.
- Rodríguez-Ramos, P., García-Pérez, R., Sánchez, F., Ortega, P., Carrascosa, C., Sánchez-Mascaraque, P., Sordo, L., Villanueva, C. y Klope, S. (1997). Comorbilidad del trastorno hiperactivo en la práctica clínica. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 4, 226-232.

Whalen, C. y Henker, B. (1991). Therapies for hyperactive children: Comparison, Combinations and Compromises. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 126-137.

Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3 edic.), Madrid. Prentice-Hall.

