



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

EL MODELO COGNITIVO DE LA HIPERACTIVIDAD INFANTIL: APORTACIONES Y DEFICIENCIA

Isabel Orjales Villar y Aquilino Polaino Lorente

Guzmán el Bueno, 2, 3º Izda.

28015 Madrid - España

Tel. (91) 247 54 87

La hiperactividad infantil (HA) o Síndrome Hiperkinético continúa siendo, hoy, un complejo y entramado campo de investigación en el que predomina el confucionismo en la diagnosis, etiología y tratamiento. Su estudio ha recibido atención a través de diversos modelos. El modelo médico y el conductual han aportado los tratamientos más utilizados en clínica. El primero, partiendo del análisis electroencefalográfico y los trastornos de atención, propuso como terapia la utilización de psicofármacos. El segundo, incidiendo en la problemática conductual del síndrome y rechazando el tratamiento farmacológico, abordó la implantación de conductas adaptativas y la disminución de conductas perturbadoras a través de técnicas como: contingencias de refuerzo, contratos de conducta, "tiempo fuera", coste de respuesta, etc., que obtuvieron diferentes resultados en la aplicación clínica (ejem.: Patterson y col. 1965; Krop, 1971).

En la actualidad, el estudio de la impulsividad y los posibles déficits cognitivos que subyacen en el Síndrome Hiperkinético, constituyen el tema de investigación preferente. Estudios de seguimiento a largo plazo han revelado importantes datos sobre la sintomatología y pronóstico del trastorno:

Weis y col. (1971) estudiaron un grupo de adolescentes diagnosticados como HA cinco años antes y observó que seguían mostrando dificultades emocionales y conductuales como: bajo rendimiento escolar, pobre autoimagen, baja atención e incapacidad de concentración. Cinco años después, Hechtman y col. (1976) realizaron el estudio de seguimiento de este mismo grupo de niños durante un periodo de 10 años. El estudio no mostró diferencias significativas entre el grupo de jóvenes HA (media de 19 años y 6 meses) y el grupo normal de control en lo que se refiere a conducta antisocial, utilización de drogas sin prescripción médica o incidencia de psicosis. Sin embargo, sí se observaron diferencias en el área de evaluación escolar. El grupo HA cursó menos años de educación, ocuparon puestos académicos más bajos y repitieron más cursos.

Hopkins y col. (1979) trataron de comprobar si la diferencia en estilos cognitivos en niños HA, supuesta base de su trastorno de aprendizaje (Campbell y col. 1971), se mantenía durante la edad adulta. Para este estudio se utilizó una muestra de 70 adultos diagnosticados como HA 10-13 años antes, comparándola con un grupo de control. Los estilos cognitivos estudiados fueron: (1) *Impulsividad reflexividad*; medida a través del *Matching Familiar Figures Test* (MFF; esta prueba consiste en la elección, entre 8 alternativas, de una figura idéntica al modelo que se le presenta al sujeto). Se evaluó la latencia de la primera elección medida en segundos y el nº de errores cometidos para cada ítem; (2) *dependencia-independencia* del campo perceptivo, medida a través del *Embedded Figures Test* (EFT; el sujeto debe descubrir figuras ocultas en el contexto). Se evaluó la latencia para la primera figura descubierta y el nº de veces que el sujeto solicitaba observar de nuevo la figura modelo; (3) *Rigidez-flexibilidad*, valorada a través del *Stroop Colour Test* (SCT; este test consta de cartas en las que se muestran 100 nombres de colores diversos escritos con tintas de color que no corresponden con la palabra escrita; por ejemplo: la palabra "rosa" escrita en color verde. El sujeto debe decir el color con que está escrita la palabra. Esta prueba mide la habilidad del sujeto para eliminar distracciones y atender sólo al estímulo relevante que se le presenta. Se registró el tiempo total empleado y

el nº de errores cometidos. Sintetizando: Los resultados que se derivaron de la administración de estas pruebas señalan que los jóvenes HA presentan algunas características de ineficacia en las estrategias cognitivas que persisten en la edad adulta: (a) aunque no se encontraron diferencias significativas en el tiempo de reacción en el MFF, los sujetos HA cometieron mayor nº de errores en situación de elección de alternativas; (b) los resultados del EFT revelan que los sujetos HA necesitan más tiempo para hallar figuras escondidas dentro de un contexto; (c) el SCT demostró que estos sujetos tienen mayor facilidad para distraerse con estímulos irrelevantes; (d) se observó, también, que poseen menor habilidad para inhibir respuestas verbales incorrectas (SCT); (e) comparando las puntuaciones actuales en el MFF y el EFT de 19 de los 70 sujetos de este estudio con las puntuaciones que se obtuvieron de estos mismos sujetos 5 años antes, se comprobó que los adultos HA evidenciaban un menor grado de impulsividad en la emisión de respuestas que cuando eran adolescentes. No se advirtió, sin embargo, disminución alguna en el número de respuestas erróneas.

Investigaciones como éstas promovieron el diseño de tratamientos cuyo objetivo era la creación de estilos más reflexivos y programas de entrenamiento en resolución de problemas.

Se han empleado muchas otras estrategias para lograr estos objetivos, como la imposición de demora de tiempo antes de la realización de una tarea (ejem.: Heider, 1971); el modelamiento de conductas reflexivas (Denney, 1972); contingencias de coste de respuesta (Nelson y col., 1975), etc. La aplicación de estas técnicas en un estudio comparado entre niños normales e impulsivos descubrió que éstos últimos cometían menos errores en la realización del MFF bajo la condición de coste de respuesta que dé refuerzo positivo (Nelson y col. 1975). Este hecho coincide con la afirmación de Firestones y Douglas (1975) de que el reforzamiento positivo atrae la atención del niño distrayéndole de la prueba y orientándolo hacia el adulto que lo premia.

El *entrenamiento autoinstruccional* es otro tipo de estrategia que ha obtenido importantes resultados. Considera que el niño HA, debido a su impulsividad, no analiza la experiencia en términos de mediación cognitiva, ni formula, ni internaliza reglas que puedan servirle de directrices ante nuevas situaciones de aprendizaje (Meichenbaum y col. 1976). Este equipo elaboró un programa de entrenamiento en autocontrol para niños HA basado en la enseñanza de autoinstrucciones que capacitaban al niño para ejercer control sobre su conducta en distintas situaciones. El entrenamiento constaba de 5 fases:

1. *Modelo cognitivo* (el terapeuta como modelo, realizaba la tarea dándose instrucciones a sí mismo en voz alta).
2. *Guía externa* (el niño desarrolla la misma tarea siguiendo las instrucciones del terapeuta).
3. *Autoguía manifiesta* (el niño efectúa el trabajo dándose instrucciones en voz alta).
4. *Autoguía manifiesta atenuada* (el niño ejecuta la tarea susurrando las autoinstrucciones).
5. *Autoinstrucción encubierta* (el niño utiliza el lenguaje interno para guiar su conducta). El contenido de las autoinstrucciones que modelará el terapeuta e imitará el niño consta de los siguientes elementos: (a) definición del problema ("¿qué es lo que tengo que hacer?"); (b) aproximación al problema y planificación de una estrategia general de ejecución; (c) focalizar la atención en las directrices que guían la ejecución ("ahora observo bien esta figura, luego trazo una línea cuidadosamente y...") (d) autorrefuerzo ("¡estupendo, me está saliendo bien!"); y (e) autoevaluación y posibles alternativas para corregir los errores.

Actualmente, el contenido de las autoinstrucciones tiende a dar una aproximación más general al problema. Así, la definición del mismo se formularía, ahora, del siguiente modo: "lo primero que tengo que hacer es asegurarme de que sé lo que tengo que hacer". Estas pautas de aproximación más general han obtenido mejores resultados porque permiten un mayor grado de generalización a otros tipos de problemas.

Aunque existen numerosos estudios que verifican la eficacia del *entrenamiento mediacional cognitivo* en el aumento del autocontrol (Kendall y col. 1980, etc.), hoy se va más allá del síntoma impulsivo a través de *tratamientos cognitivos-conductuales* que constan de las siguientes partes:

1. *Estrategias de intervención cognitiva:*

Entrenamiento en autoinstrucción para reducir la impulsividad (Meichenbaum); entrenamiento en resolución de problemas y toma de perspectiva.

2. *Estrategias de intervención conductual:*

Modelamiento, "role-playing", coste de respuesta, autorrefuerzo y autoevaluación.

La aplicación de estos programas combinados ofrece mejores resultados que la aplicación de entrenamientos cognitivos o conductuales de forma independiente (Kendall y Urbain, 1981). Sin embargo, quedan todavía muchas lagunas que la investigación debe esclarecer. Los problemas de generalización hacen necesario profundizar en el estudio: definiendo de forma precisa qué tipo de trastornos en resolución de problemas son más frecuentes en los niños HA. Esto permitiría afinar más en la creación de programas de tratamiento, incluyendo, además de tareas psicopedagógicas, tareas de resolución de problemas interpersonales, de identificación de emociones, toma de perspectiva, etc. En este punto las investigaciones realizadas en el marco de la teoría del procesamiento de la información, pueden resultar de valiosa ayuda (abordando, por ejemplo, la eficacia real de cada uno de los componentes de los grandes programas de intervención clínica; la influencia de las características personales y estilos de atribución en la aplicación de los programas de tratamiento; influencia del n° e intensidad de las sesiones de tratamiento en la generalización de los efectos; la función del autoconcepto y su posible modificación e influencia sobre el tratamiento; la función de la familia, los compañeros y el profesor como posibles coterapeutas; la motivación hacia las tareas de entrenamiento y su influencia sobre los resultados; influencia de la empatía entre el niño y el terapeuta; etc.).

Bibliografía

- Campbell, S., Douglas, V.I. y Morgenstern, G.: *Cognitive styles in hyperactive children and the effect of methylphenidate*. J. Child Psychology and Psychiatry, 12, 55-67, 1971.
- Denney, D.R.: *Modeling effects upon conceptual style and cognitive tempo*. Child Development, 42, 105-107, 1972.
- Firestone, P. y Douglas, V. I.: *The effects of reward and punishment on reaction times and automatic activity in hyperactive and normal children*. J. Abnormal Child Psychology, 3, 201-216, 1975.
- Hechtman, L., Weiss, G., Finkelstein, J., Wener, A. y Benn, R.: *Hyperactives as young adults: preliminary report*. Canadian Medical Association Journal, 115, 625-630, 1976.
- Heider, E.R.: *Information processing and the modification of an "impulsive conceptual tempo"*. Child Development, 42, 1276-81, 1971.
- Hemry, F.P.: *Effect of reinforcement conditions on a discriminate learning task for impulsive versus reflective children*. Child development, 44, 657-660, 1973.
- Hopkins, J., Perlman, T., Hechtman, L. Weiss, G.: *Cognitive style in adults originally diagnosed as hyperactives*. J. Child Psychol. and Psych., vol. 20, 209-216, 1979.
- Kendall, P.H., Padaver, W., y Zupan, B.: *Developing self-control in children. A manual of Cognitive-Behavioral Strategies*. University of Minnesota, 1980.
- Kendall, P.C. y Urbain, E.S.: *Cognitive-behavioral intervention with a hyperactive Girl: evaluation via behavioral observations and cognitive performance*. Behavioral Assessment, 3, 345-357, 1981.
- Krop, H., *Modification of Hyperactive behavior of a brain-damaged, emotionally disturbed child*. Training School Bull, 68, 49-54, 1971.
- Meichenbaum, D.H. y Goodman, J.: *Critical questions and methodological Problems in*

- study private speech, in C. Zirin(ed). Developmental self regulation through speech, New York, Wiley 1976.*
- Nelson, W.N., Finch, A.J. Jr. y Hooke, J.F.: *Effects of reinforcement and response-cost on cognitive style in emotionally disturbed boys*, J. of Abnormal Psychology, 84, 426-428, 1975.
- Patterson, G.R., Jones, R., Whittier, J. y Wright, M.A.: *Una técnica de modificación de conducta en el caso del niño hiperactivo*. Behavior Research and Therapy, 2, 217-226, 1965.
- Weiss, G. et al.: *Studies on the hyperactive child-VIII. Five years follow-up*. Archives of General Psychiatry, 24, 409-414, 1971.

PRINCIPIOS CONDUCTUALES EN ATENCIÓN TEMPRANA

María Teresa Sanz Aparicio
Madrid - España

Los primeros años de la vida del niño son de desarrollo acelerado. Sus estructuras físicas y psicológicas están en un período de máxima flexibilidad, lo que hace que sean sumamente receptivas a todos los estímulos ambientales. Por todo ello se encuentra en el momento máximo de sus posibilidades de aprendizaje; cuando un bebé manifiesta retraso en su desarrollo, independientemente de su etiología, esa receptividad a la estimulación ambiental se halla mermada, precisándose entonces de un apoyo especializado. Con la estimulación precoz como técnica de intervención se pretende incidir en las lagunas que presenta el niño deficiente en su desarrollo, mediante la programación sistematizada e individualizada de los objetivos-items a conseguir en cada momento evolutivo.

Dentro del campo de la Psicología del Desarrollo han sido muchos los trabajos centrados en la elaboración de guías evolutivas que, con un margen de cumplimiento, indican qué es lo que debe hacer el niño en función de su edad. Sin embargo no han sido tantos los trabajos sobre la metodología empleada; el principal control metodológico debe realizarse fundamentalmente sobre cinco aspectos: la definición del objetivo, la facilitación al análisis de la tarea, las tablas de observación y registro, el refuerzo a administrar y los instigadores a emplear.

En relación con el objetivo-tarea es esencial que éste sea operativo, para lo cual debe estar definido en términos de actividad del niño y con un criterio de consecución (ya sea en función del número de respuestas o de tiempo), de manera que ayude a evaluar sistemáticamente los logros.

En situación de aprendizaje tradicional se tiene que producir una respuesta para ser reforzada. Teniendo en cuenta, como se ha indicado anteriormente, que esa "espontaneidad" se encuentra reducida en el niño deficiente, adquieren gran importancia los procedimientos de facilitación para implantar nuevas conductas: el encadenamiento y el modelado.

Uno de los aspectos más problemáticos en estimulación precoz es el refuerzo a emplear y el momento de su aplicación. Se deberían buscar las variables causales y manipulables en una situación que se usaría posteriormente para la consecución del objetivo; considerando además que el niño deficiente presenta, por lo general, un bajo nivel de motivación, esa búsqueda reviste especial dificultad. Los refuerzos primarios poseen poco valor reforzante en esas edades, sin embargo los secundarios, como la sonrisa y la aprobación social, adquieren gran poder reforzante (Sanz, 1983).

Cuando se entrena al niño en una nueva tarea, el terapeuta interacciona con él a la vez