

**PROPUESTA PSICOEDUCATIVA DE EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTO EN NIÑOS/AS CON TDAH**
**PSICO-EDUCATIVE PROPOSAL OF ASSESSMENT AND INTERVENTION IN CHILDREN
WITH TDAH**

Autores:

José Luis Santos Cela (Col. N° Col. CL- 01186)

Psicólogo de los Equipos Psicopedagógicos de la Junta de Castilla y León. Profesor Asociado del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico- Universidad de León –

Dra. Esperanza Bausela Herreras

Doctora en Psicología y Ciencias de la Educación por la Universidad de León.
Licenciada en Psicopedagogía
Diplomada en Educación Especial
Master en Terapia de Conducta

Correspondencia particular:

Dra. Esperanza Bausela
Herreras
C/ Bono Guarner, N°21, 13L
C.P. 03005 Alicante
esperanzabh@yahoo.es (auxiliar)

PROPUESTA PSICOEDUCATIVA DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO EN NIÑOS/AS
CON TDAH
PSICO-EDUCATIVE PROPOSAL OF ASSESSMENT AND INTERVENTION IN CHILDREN
WITH TDAH

José Luis Santos Cela¹ Esperanza Bausela Herreras²
Departamento de Filosofía y Ciencias de la Educación
Universidad de León

¹ Psicólogo-Orientador (Esp. Psic. y Ped.) en EE.O.E.P. de la Consejería de Educación de la J.C. y L.
Profesor Asociado en el área de Personalidad, Eva. y Trat Psic. Dpto. F. Y CC. Educación ULE ²
Doctora en Psicología y Ciencias de la Educación por la Universidad de León.

Resumen

En este artículo se presentan las propuestas de evaluación y tratamiento que actualmente están siendo desarrollados desde los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de la ciudad de León y de forma particular por el primer autor de este artículo. Estas propuestas se agrupan en tres líneas de acción: Formación del profesorado del Centro Escolar, Evaluación psicopedagógica de los alumnos de las etapas de Educación Infantil y Educación Primaria, y Diseño y Aplicación de Programas de Prevención e Intervención de orientación neuropsicológica. Finalmente profundizamos en el plan global de intervención en el grupo-clase y en el plan específico de intervención en el aula de apoyo.

Palabras Clave: TDAH, Evaluación e intervención de orientación neuropsicológica, grupo-aula, aula de apoyo.

Abstract

In this paper we show the actually tendencies which has been applied by Guidance PsicoEducativa and Psico-pedagogic Team in León and particularly by first author of this paper. These tendencies has been grouped in three lines: Vocational training of teachers of Children and Primary Education, Psico-Pedagogic of pupils of children and primary education, and Design and apply work schedule of prevention and intervention since a neuropsychology perspective. Finally this paper study in depth the comprehensive plan of intervention in usually classroom and support classroom.

Key Words: TDAH, Assessment and Intervention of neuropsychology perspective, usually classroom, support classroom.

1. Consideraciones generales

Es un hecho suficientemente conocido la dificultad con que se encuentra la inmensa mayoría de los padres y muchos profesores sobre la identificación de los primeros indicadores que pueden apuntar hacia este trastorno, dificultad que se amplía incluso, a veces, a médicos, psicólogos y pedagogos, cuando se plantean sobre quién o quiénes son los profesionales que deben participar en el diagnóstico y tratamiento del TDAH.

Esta cuestión ha venido teniendo distintas respuestas en función de la orientación sobre la etiología y efectos que tiene el trastorno al que nos referimos, así como los medios para modificarlos, si se da por supuesto, como lo entiende la inmensa mayoría, que se puede hacer. Las anteriores dificultades vendrían originadas por distintos motivos. Veamos los que considero más destacados:

(A) Referidos a la identificación / diagnóstico: (i) Escasez o falta de adecuada información en los padres sobre lo que deben considerar como un posible comportamiento alterado en el niño.

(ii) Ausencia o muy precaria información-formación específica del futuro profesorado en sus respectivas Facultades de Educación, o al menos en la mayoría, acerca de los Trastornos del Comportamiento en general y del TDAH en particular. (iii) Escasez de Programas de Formación del Profesorado en ejercicio, referida al problema que nos ocupa. (iv) Poca dotación de profesionales con perfiles definidos (psicólogos/ pedagogos y trabajadores sociales) en los Equipos Psicopedagógicos o Departamentos de Orientación en los Centros Educativos y carencia de protocolos establecidos para la identificación/ diagnóstico psicopedagógico. (v)

Ambigüedad en la especificación de los profesionales sanitarios a cuyo perfil le corresponde el diagnóstico médico.

(B) Referido a la prevención/ tratamiento: (i) En línea con lo anterior, escasa preparación del profesorado ordinario (profesores no Pedagogía Terapéutica y Audición y Lenguaje) en la atención del alumno TDAH en el aula. (ii) Escasez de profesorado de Pedagogía Terapéutica en los Centros y falta, en la mayoría de los casos, de preparación específica en métodos y técnicas de tratamiento en Trastornos de Conducta en general y TDAH en particular. (iii) Ausencia o escasez de programas de prevención que ayuden a las familias y a los profesores a poner en práctica acciones que eviten o minimicen la aparición del trastorno en casos leves o disminuyan su virulencia en los más graves. (iv) Posiciones excluyentes de profesionales sobre un tipo de tratamiento, ya farmacológico, ya psicoterapéutico. (v) Confusión en las familias, con opiniones a veces contradictorias sobre la pertinencia o no de los fármacos, temporalidad en caso de ser administrados, (vi) Baja valoración de la importancia y eficacia de los tratamientos psicoeducativos en los TDAH.

En coherencia con lo anterior y, en orden a cumplir mi objetivo de ayudar a clarificar las informaciones que llegan, fundamentalmente a familias y profesores, intentaré aportar mi visión en los puntos que considero más controvertidos, desde la óptica de psicólogo- profesional de la educación:

La primera cuestión que considero debo abordar, es: ¿quién debe diagnosticar y tratar este trastorno?

- Dado que el núcleo central del trastorno se entiende que es de naturaleza neurobiológica, su diagnóstico clínico, entiendo, corresponde, por definición, a los servicios sanitarios, con la responsabilidad de hacer un diagnóstico temprano y diferencial de otros posibles problemas neurológicos y psiquiátricos

- Sin embargo, y, dado que lo biológico interacciona con factores aptitudinales y ambientales y que es un estado permanente que afecta al desarrollo personal, escolar y social; su presencia se hará patente, fundamentalmente en los contextos familiar y escolar, y más aún en el segundo, por lo que la detección se hará, en la mayoría de los casos, desde los Servicios Psicopedagógicos, equipos y/o departamentos de orientación, presentes en los Centros Educativos, con la indispensable participación profesional del profesorado y la colaboración de la familia.

- Y, por la misma razón, el tratamiento no puede limitarse a una terapia parcial, ni a un contexto único, sino que ha de ser multimodal y multiprofesional, compartido, en la mayoría de los casos, por los ámbitos: (i) médico-farmacológico, (ii) psicoterapéutico, y (iii) psicoeducativo; todo ello con la activa participación familiar.

Por tanto, subrayamos la idea de que “el abordaje del TDAH, en sus distintas fases, debe considerarse desde un criterio multicontextual y desde una intervención multiprofesional: médica, psicopedagógica y escolar, además de requerir la fundamental colaboración de los padres”.

Finalmente, aprovecho estas consideraciones generales, para trasladar a los participantes en estas Jornadas y a los responsables sociales la necesidad de que se inicien en algunos casos y se incrementen en otros los Programas de Coordinación de los Servicios de Salud y los de Educación en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del comportamiento que afectan a la población infanto-juvenil, valorándole las aportaciones que los Servicios Educativos (Equipos Psicopedagógicos y Departamentos de Orientación) pueden hacer en cuanto que, como profesionales de la psicología, pedagogía y de trabajo social tienen la responsabilidad en los Centros Escolares, de la detección y diagnóstico en la mayoría de los casos y, en todos, de orientar la intervención en el alumnado de n.e.e..

De esta forma se evitarían confusiones en las familias y profesorado, evaluaciones repetidas con sus correspondientes pérdidas de eficacia, de tiempos y recursos y, sí mejoraría la metodología y el resultado final, al incidir, de forma rápida y coordinada en la solución o aminoración del problema con lo que ayudaríamos al niño, y a través de él a su familia y al profesorado.

2. Líneas básicas de la propuesta

Las líneas que la van a delimitar son:

- (I) Línea de Formación del profesorado del Centro Escolar. Dirigida al profesorado de Educación Infantil y Educación Primaria que la precise, se pretende, en una primera fase, tratar, de forma muy genérica, los Trastornos de Conducta en general y específicamente los aspectos más representativos del TDAH, tanto en síntomas como en incidencia, repercusiones y atención como alumnos con n.e.e., para en una segunda fase profundizar en los aspectos anteriores.
- (II) Línea de Evaluación psicopedagógica de los alumnos de las etapas de Educación Infantil y Educación Primaria propuestos por el profesorado o detectados en las pruebas de cribado, como posibles sujetos de Trastornos de Conducta, para delimitar los que sean probables TDAH, utilizando para ello instrumentos de evaluación informal y formal, siendo estos últimos de naturaleza neuropsicológica, aunque no exclusivamente.
- (III) Línea de Diseño y Aplicación de Programas de Prevención e Intervención de orientación neuropsicológica. A este respecto se tendrán en cuenta no sólo el trastorno de TDAH, sino su interacción con trastornos asociados de comportamiento o específicos del aprendizaje que pueda presentar el niño/a en cuestión, ya que, en la práctica es muy difícil encontrar sujetos que respondan a una sintomatología pura y aislada.

2.1. Formación del Profesorado

Es un hecho ya admitido, apoyado por las investigaciones sobre efectos del tratamiento del TDA-H, que la intervención psicopedagógica debe centrarse en la institución escolar, y que ha de ser ésta la que dé respuesta adecuada a las distintas necesidades educativas que puedan presentar sus alumnos.

Y es obvio que para que la intervención sea eficaz, desde los primeros pasos, se necesita que el profesorado tenga una formación al respecto. En la actualidad, ésta la están adquiriendo, en la mayoría de los casos por propia iniciativa y no dirigida a la intervención, sino más bien a la información del trastorno.

Lo que se pretende, desde esta propuesta, es asegurar en todos los profesionales que intervienen en el campo educativo, una formación básica que permita ir considerando a estos niños, como sujetos de atención especial. Esta fase, que podríamos llamar de sensibilización, en un principio podría ser coordinada desde el Equipo de Orientación, a través de Seminarios, materiales informativos,..... y que será más específica en función de la demanda del personal docente y de la implicación de los Centros de Formación del Profesorado dependientes de la Consejería de Educación.

El objetivo de la primera fase (formación básica) se cubriría asegurando que el profesorado (no una minoría de éste) tuviese un conocimiento suficiente, aunque general, de las características y problemática del niño hiperactivo, así como su diferenciación, a nivel educativo, de otros niños que, presentando dificultades comportamentales y/o en el aprendizaje, responden a otras causas. Sería motivo de reflexión el conocimiento de la sintomatología del TDA-H, por áreas, observables en el contexto escolar, y que se podría sintetizar en (Bermúdez y Bermúdez, 2004):

Área cognitiva:

Área afectiva-emocional:

Área motora:

Área de habilidades sociales:

El objetivo de la segunda fase (formación específica) podría implicar, tal como propone Miranda et al. (2000), la profundización en los conocimientos generales sobre el TDAH:

- Entrenamiento en técnicas de modificación de conducta.
- Entrenamiento en técnicas de autodirección: autoinstrucciones.
- Acomodaciones educativas.
- Entrenamiento en la técnica de autoevaluación reforzada.
- Asesoramiento y seguimiento.

También, se considera muy adecuado para dicha formación el Programa de

Entrenamiento en Estrategias Metacognitivas para Maestros de Niños Hiperactivos (García y Magaz, 2000). Este Programa se encuentra estructurado en seis unidades cuyas temáticas son las siguientes:

- Orígenes, definición y desarrollo del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H).
- Aspectos teóricos del desarrollo cognitivo y metacognitivo.
- Actitudes del maestro e hiperactividad.
- Diseño del ambiente escolar para el aprendizaje de niños hiperactivos.
- Estrategias de intervención en relajación, reducción de la tensión y ejercicio físico para niños hiperactivos en el área escolar.
- Estrategias metacognitivas de intervención en: inhibición perceptiva muscular, atención y concentración para niños hiperactivos en el área escolar.

Considero, que una adecuada formación del profesorado al respecto, sería necesaria y suficiente para un primer paso en la identificación y decisiva para un correcto tratamiento desde el ámbito escolar.

2.2. Detección/Diagnóstico psicoeducativo

Si bien, como anteriormente indiqué, el diagnóstico médico, por su componente neurobiológico, es necesario para un posible tratamiento farmacológico, es, al menos tan necesario, que los trastornos que se dan en el niño, ya de desarrollo, ya comportamentales, ya de aprendizaje, cuenten con una evaluación y diagnóstico psicopedagógico, donde se evalúen las funciones, procesos y conductas en él presentes.

Como puede desprenderse, el objeto de esta evaluación, no es tanto hacer un diagnóstico diferencial en términos clínicos, como, teniendo en cuenta las informaciones recogidas de las distintas fuentes (profesores, padres, estudio del niño, informes ya existentes,...), conocer su potencial en las distintas dimensiones de su persona y áreas de aprendizaje para determinar sus puntos fuertes y sus puntos débiles con el fin último de diseñar un Programa de intervención y tratamiento individualizado y personalizado que mejore la relación consigo mismo y con el entorno.

Esta tarea justifica y compromete la acción de los profesionales de la psicología, la pedagogía y trabajo social; y, quiénes más adecuados que los que están presentes en el propio contexto educativo, que es, en definitiva, junto con el familiar, donde se hacen patentes, mayoritariamente, las manifestaciones que se han de evaluar.

† Fase de detección de sujetos con posibles problemas comportamentales. Esta fase se llevará a cabo utilizando dos procedimientos:

(I) Por una parte, con carácter general, el profesorado de ambas etapas (Infantil y Primaria), con una adecuada formación, cuando considere que algún niño/a presenta unos comportamientos compatibles con un Trastorno de Comportamiento y con el perfil de posible TDAH, utilizará, como primer instrumento de evaluación Escalas de Comportamiento Infantil, citando como muy experimentadas las ECI-Profesores y ECI-Padres (Manga, Garrido y Pérez, 1997). Estas escalas, según los autores, tenían como empeño diferenciar, con relativa facilidad, entre niños con déficit atencional (no necesariamente hiperactivos) y niños hiperactivos (no necesariamente con déficit atencional); así mismo con estas escalas también resulta fácil evaluar la falta de motivación escolar de los niños. Finalmente las escalas, tanto de padres como de profesores (diferentes entre ellas) permiten valorar cuatro rasgos: interés/desinterés escolar; atención/inatención; normalidad en el aprendizaje/dificultades de aprendizaje, y normal actividad/hiperactividad. Los autores han elegido como punto de corte en las ECI el percentil 93 para casos clínicos en las cuatro subescalas que componen cada escala. Para una primera detección, que es el objetivo de esta fase en el modelo que propongo, se tomará como punto de corte el percentil 84.

(II) Estas escalas (ECI-Profesores y ECI-Padres), que se proporcionarán desde el Equipo de Orientación, una vez cumplimentadas pasarán al mismo para su procesamiento y propuesta de profundización en el estudio del niño, si procede.

Otras escalas alternativas o complementarias que se podrían utilizar son:

- Cuestionario de situaciones en la Escuela (Barkley, 1981)
- Cuestionario de situaciones en el hogar (Barkley, 1981)
- Cuestionario para profesores (ATRS) de Conners
- Cuestionario de síntomas (PSQ) de Conners
- Escala Escolar de Conners-revisada (EEC-R)
- Escala de clasificación de la actividad de Werry, Weiss y Peters
- Escala de autocontrol de Kendall y Wicox
- Cuestionario de problemas de conducta (PBQ) de Behar y Stringfield
- Cuestionario de Block y Block (CCQ)
- Escala valorativa de conductas hiperactivas para padres y maestros de Valet
- Cuestionario de problemas de conductas para preescolares (CCP) de Miranda y Santamaría (1986)

(III) Por otra parte, de forma experimental, durante al menos el presente curso, por el responsable de este Equipo Psicopedagógico, en colaboración con el Centro, se propondrá, con carácter general, a todas las familias y al profesorado-tutor de los niños/as escolarizados en los niveles (3º de E.I. – 5 años- y 3º de E.P.), cumplimenten las Escalas de Comportamiento Infantil (ECI-Profesores y ECI-Padres) con el fin de hacer una prospectiva de alumnos/as que presenten un perfil compatible con posible T.C. y específicamente TDAH. Para una primera detección, que es el objetivo de esta fase en el modelo que propongo, como ya indiqué anteriormente, se tomará como punto de corte el percentil 84.

La entrega de los protocolos se hará en reunión con los padres y los profesores afectados (reuniones distintas, ya que distintas son las escalas) durante el mes de marzo (alumnos de 3º de Educación Infantil) y en noviembre (alumnos de 3º de Educación Primaria), en la que se les informará de las características de la escala, finalidad y su cumplimentación (la devolución ya cumplimentada, se hará en los ocho primeros días, a partir de la entrega).

Estas escalas cumplimentadas (ECI-Profesores y ECI-Padres) pasarán al Equipo Psicopedagógico para su procesamiento y propuesta de profundización en el estudio del niño, si procede.

1 Fase de análisis y definición de sujetos con posible TDAH

Recibida la información, a través de las Escalas de calificación, tanto de padres como de profesores, ya por el procedimiento ordinario, ya por el experimental, los niños/as que como indiqué anteriormente estén igual o por encima del punto de corte (pc.84), al menos en una de las dos (de padres y/o profesores), en las subescalas de atención y/o actividad, serán propuestos para posterior estudio que se iniciaría con las entrevistas a padres y profesores con las que se completará la información recogida para continuar con el estudio formal que se especifica en la fase siguiente.

En la entrevista con los profesores se profundizará en temas de posibles dificultades de aprendizaje, relaciones con otros niños, problemas de comportamiento,.....

En la entrevista con la familia se profundizará en aspectos relativos a antecedentes familiares relacionados con problemas de aprendizaje y/o comportamiento, relativos al desarrollo del niño (ámbito motor, lenguaje, relacional,...), a la forma de comportarse actualmente en casa u otros ambientes, posibles problemas familiares,.....

1 Fase de evaluación psicopedagógica formal

Esta se llevará a cabo, de forma personalizada, con cada niño/a que hayan sido definidos como posibles sujetos con TDAH, y se dé como premisa que tiene repercusión académica y/o social. Esta evaluación se efectuará explorando los siguientes ámbitos: (I) Ámbito de evaluación

específica del TDAH, lo que permitirá matizar todas o alguna de las dimensiones principales de este trastorno: hiperactividad, impulsividad y déficit de atención. Esta evaluación guarda estrecha relación con la efectuada por padres y profesores en la fase de detección, ya comentada. Son instrumentos adecuados al respecto:

- EDAAH- Evaluación del Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad- (En el periodo 6-12 años este instrumento evalúa, a través de la información aportada por el profesor-tutor, los síntomas anteriormente citados - hiperactividad, impulsividad y déficit de atención- diferenciando los tres subtipos de TDAH - TDAH, predominantemente hiperactivo-impulsivo; TDAH, predominantemente atencional, y, TDAH de tipo combinado- unido a una Escala de detección de problemas del comportamiento que normalmente se asocia al anterior trastorno, aunque también puede permitirnos diferenciar si aquellos son una entidad única y distinta.

- Test de atención- d 2- de aplicación a partir de los 8 años, cuyo objetivo es la medida de los procesos básicos necesarios para tener éxito en las tareas complejas, como son atención, concentración mental, esfuerzo y control atencional. Este instrumento se ha venido utilizando en clínica para diagnóstico diferencial, entre otros, en niños con problemas de TDAH.

Como pruebas alternativas o complementarias para evaluar el TDA-H y la atención, además de los Cuestionarios e instrumentos ya citados, señalo: (i) Escala de DSM-IV (A.P.A., 1995), (ii) Test de desórdenes de hiperactividad/déficit de atención (A.D.H.D.T.), y (iii) Protocolo de Evaluación General y Específica del TDA-H (niños y adolescentes).

(II) Ámbito cognitivo-aptitudinal-personalidad. A través de él se valoran las funciones cognitivas, apreciando la inteligencia fluida y cristalizada, así como el nivel de estabilidad emocional. Las pruebas recomendadas son:

- K*BIT- Test breve de inteligencia de Kaufman- Kaufman y Kaufman (1997b), (A partir de los cuatro años esta prueba, de aplicación rápida, mediante una evaluación global de la inteligencia verbal- vocabulario- y no verbal- matrices-, valora la capacidad intelectual del niño/a, para descartar posible deficiencia mental). El campo está abierto para continuar estudios correlacionales entre las Escalas verbal y no verbal que lo componen y los distintos subtipos de TDAH.
 - K*ABC (Kaufman y Kaufman, 1997a) (A través de sus tres escalas permiten evaluar funciones tan importantes como el Procesamiento Simultáneo, el Procesamiento Secuencial y Conocimientos que permiten detectar posibles alteraciones lectoescritoras y de cálculo con los tests de Aritmética, Lectura/decodificación y Lectura/compreensión).
 - WISC-IV (Wechsler, 2005) (Utilizando las subpruebas que nos puedan dar información más precisa, siendo las de Claves, Figuras incompletas, Dígitos y Aritmética las que más correlacionan con la atención/concentración.
 - CAS- Cuestionario de Ansiedad Infantil (Gillis, 1989), (En el periodo 6-8 años, este instrumento permite efectuar una exploración psicológica de los procesos de ansiedad). También aquí el campo está abierto para efectuar estudios correlacionales entre nivel de ansiedad y subtipos de TDAH. En otras edades, o si se considera pertinente dentro del anterior tramo, se podrán aplicar, entre otras pruebas: CDS (Escala de Depresión para niños- 8 a 16 años), CMAS-R (Escala de Ansiedad manifiesta en niños- niños y adolescentes), CPQ (Cuestionario de Personalidad para niños- 8 a 12 años).
 - D.F.H. -Test del Dibujo de la Figura Humana, (A partir de los 5 años la presencia de ítems evolutivos permite valorar la madurez del niño y la presencia o no de indicadores emocionales). Igualmente el campo está abierto a efectuar estudios correlacionales.
- (III) Ámbito neuropsicológico, en sus dimensiones de ciencia básica y aplicada, intenta entender lo más plenamente posible la relación entre las funciones psicológicas superiores y los procesos neurales, por una parte, y las tareas de diagnóstico y de intervención, por otra (Manga y Ramos, 1986). Esta evaluación permitirá aportar información, para un posterior diagnóstico diferencial, sobre la presencia de posibles lesiones frontales, así como de dificultades específicas de aprendizaje relacionadas con la lectoescritura y el cálculo). Los instrumentos que suelo utilizar son:

CUMANÍN- Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil- Portellano (1997)

(En el periodo 3- 6 años esta prueba permite evaluar posibles dificultades de desarrollo, aspecto muy ligado al TDAH). Las áreas que se valoran son: Psicomotricidad, Lenguaje, Atención, Estructuración espacial, Visopercepción, Memoria, Estructuración rítmicotemporal y Lateralidad. El propio instrumento presenta estudios de casos donde se ven perfiles característicos de TDAH, lo que invita a seguir investigando.

- LURIA-DNI- Diagnostico Neuropsicológico Infantil- Manga y Ramos (1991)- (En el periodo 7-10 años esta prueba permite evaluar la maduración de la corteza cerebral que controlará las estructuras subcorticales y, en palabras de los autores, las conductas emocionales y de impulsos incontrolados). Las funciones exploradas son: motoras y sensoriales; lenguaje hablado; lenguaje escrito y aritmética y memoria. En el libro de Neuropsicología Infantil: Estudio de casos en edad escolar, los autores, Manga y Fournier, establecen perfiles neuropsicológicos de niños/as con TDAH asociados o no a otras alteraciones, lo que es una motivación para continuar investigando en esta línea.
- También para la evaluación neuropsicológica hay otras pruebas en el mercado, entre: Batería Neuropsicológica Halstead-Reitan (Reitan y Wolfson, 1993) y Test neuropsicológico breve de Sterling (5 a 18 años).

Para la Evaluación de las funciones ejecutivas y de la atención (Santos y Bausela, 2005) existen dificultades de evaluar, ya que, coincidiendo con Soprano (2003) se trata de un “constructo” teórico-multidimensional cuyos componentes aún no se han identificado ni delimitado claramente; sin embargo, el desarrollo de las Neurociencias y las Ciencias Cognitivas, así como la creciente utilización de la neuroimagen funcional, han facilitado el creciente interés por el estudio del lóbulo frontal, si bien hay muchos trastornos neurológicos (caso del TDAH) que no hay acuerdo de que pueda ser diagnosticado por estas técnicas, siendo necesario en estos casos utilizar la “observación clínica”, o de una manera más eficaz mediante “exploración neuropsicológica de las indicadas funciones”:

- WCST- Test de clasificación de Tarjetas de Wisconsin- (Heaton et al., 1993) (A partir de los 6 ½ años esta prueba resulta especialmente sensible a las lesiones que implican a los lóbulos frontales, lo que permite hacer una evaluación psicométrica de las funciones ejecutivas y de la atención. Las últimas investigaciones afianzan su campo de evaluación.
- Como pruebas alternativas para evaluar el lóbulo frontal y las funciones ejecutivas:
- Torre de Hanoi
- Torre de NESPY
- Test de fluidez verbal
- Tareas “Go-no-go”
- Stroop
- Escala de Magallanes de impulsividad computerizadas (EMIC)
- Potenciales evocados - Resolución de laberintos
- Construcción de Senderos (TMT)
- Fluidez de diseños
- Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender
- Test de Símbolos y Dígitos- SDMT- de aplicación.
- Behaviour rating inventory of executive function (El BRIEF).
- Laberintos del WISC-III.

Fase de diagnóstico e informe psicopedagógico

Este diagnóstico se hará básicamente en función de los datos aportados por los padres, profesores y los obtenidos de la aplicación directa de pruebas al alumno/a sujeto de estudio. Esta conjunción de información, más cualitativa que cuantitativa, requiere:

- En primer lugar, la ponderación de las aportaciones de los padres y los profesores, teniendo en cuenta que “las exclusivas informaciones de los padres acerca de las conductas de los hijos en el Colegio no se consideran de complementando las hechas

por los profesores, quienes tienen la gran ventaja de, además del conocimiento riguroso del niño, poder comparar al alumno en cuestión con el resto de los compañeros del grupo.

- En segundo lugar, analizar los resultados de las pruebas directamente aplicadas al niño/a, las que permitirán valorar las áreas afectadas, así como aportar datos para un diagnóstico diferencial.
- Con toda la anterior información se llegará a concluir, debidamente argumentado, si, desde el punto de vista psicopedagógico estamos ante un TDAH con su correspondiente subtipo, que cumple los criterios establecidos, o estamos ante otro trastorno identificado (intelectual, de aprendizaje de comportamiento,...) o una entidad no definida desde el ámbito en el que se está evaluando.
- Una síntesis del informe elaborado, si procede consulta médica (caso del TDAH), sería remitido al Servicio de Salud, quien completaría la evaluación, siguiendo sus propios protocolos, y haría el diagnóstico clínico correspondiente.
- En el informe psicopedagógico se establecería el correspondiente tratamiento, que debidamente coordinado con lo determinado por los profesionales sanitarios, permitiría un seguimiento de cada caso para beneficio del sujeto y tranquilidad de padres y profesores, siendo estos los dos referentes más claros que, junto con el niño, "sufren" los síntomas de este trastorno.

El informe psicopedagógico, como señalé anteriormente, recogería de forma detallada no sólo la valoración final, sino, y, sobre todo, los resultados de evaluación de los procesos estudiados, la determinación de los puntos fuertes y los puntos débiles, así como las pautas concretas de intervención en el contexto escolar y orientaciones para la colaboración de la familia.

2.3. Diseño y aplicación de Programas de Tratamiento Psicoeducativo.

La literatura científica que trata la intervención del TDAH se ha decantado tras numerosos estudios e investigaciones, en la mayoría de los casos, por los métodos combinados donde participe la terapia farmacológica, la psicológica y la psicoeducativa.

Ya, en el VII Congreso de Psicología Clínica y de la Salud celebrado en Málaga, el neurofisiólogo Paulino Uclés, jefe de Neurofisiología Clínica del Hospital Miguel Servet de Zaragoza y Rosa Serrat, psicóloga y pedagoga, hicieron balance de dos años de trabajo en el que se había aplicado un tratamiento integral de la patología. Los resultados fueron incontestables.

Ambos investigadores partían de que el problema no era que los niños no fuesen capaces de comprender, sino que no eran capaces de concentrarse, y no porque no quisieran atender, sino porque no podían.

De acuerdo con los planteamientos más actuales, el problema central de los sujetos diagnosticados de TDAH es su baja capacidad para ejercer el control inhibitorio sobre sus comportamientos.

Por ello, la finalidad del tratamiento ha de ser que estos sujetos sean capaces de decidir sobre qué es lo que tienen que hacer y qué es lo que tienen que pensar; o dicho en términos de intervención, disponerles y enseñarles autocontrol, que es tanto como prepararles para planificar, organizar y ejecutar su conducta. Este objetivo, creo será una realidad cuando este trastorno se empiece a tratar de forma rigurosa y sistemática desde el enfoque psicoeducativo en el contexto escolar, reservándose otros espacios para terapias más específicas, ya psicológicas, ya farmacológicas, cuando el caso lo requiera.

Para que esta intervención sea eficaz se requiere que los Centros, como instituciones educativas, reciban suficiente atención por parte de los Equipos Psicopedagógicos (psicólogos, pedagogos y trabajadores sociales), suficiente dotación de profesores de apoyo que puedan dar respuesta a la atención personalizada y especializada, fundamentalmente en Pedagogía Terapéutica, y oferta de formación específica para el profesorado ordinario (tutores y especialistas) que son los verdaderos agentes del tratamiento en el continuo escolar.

Sólo así, y con la coordinación con los demás agentes del tratamiento, daremos correcta respuesta al Trastorno de Conducta más común y con más implicaciones en el aprendizaje dentro del periodo de la educación Infantil y Primaria.

Dentro de esta Propuesta, y con el ánimo de responder ya a los muchos niños y niñas que están escolarizados y demandando una adecuada atención en la escuela, paso a proponer unas líneas generales de intervención psicoeducativa en el TDA-H que ayuden a diseñar y aplicar los Programas de Tratamiento que han de ser necesariamente personalizados para cada niño/a.

† Ámbito del programa

Para ser exitoso el Programa requiere que éste abarque todos los aspectos y momentos del proceso educativo en el contexto escolar y, siempre que sea posible, se continúe en el medio familiar.

Es obvio que este programa, por ser educativo, se planificará teniendo en cuenta los medios y recursos con que cuenta normalmente un Colegio, no entrando en los programas farmacológicos y/o psicoterapéuticos que puedan ser propuestos desde el Centro Sanitario y con los que se intentaría, como ya se indicó, una colaboración y coordinación.

La intervención educativa se efectuaría, desde dos planteamientos: una, más general, llevada a cabo en el grupo-clase y otra, más especializada, que se haría de forma personalizada y/o en pequeño grupo.

Intervención general

Empezando por la primera, la más general, la que se ejecutará en el contexto del grupo-clase, requerirá, en primer lugar, que todo el profesorado que imparte clase al grupo (no sólo el tutor) conozca de forma suficiente las características de los niños/as que lo componen, lo que aseguraría el conocimiento del niño/a con TDA-H (objeto de este Plan); sólo así se podrá iniciar con ciertas garantías una acción educativa con los planteamientos que requiera el caso. Para ello me fijaré en:

La organización del aula-grupo tutorial y su actividad

Si bien, el grupo-clase es una unidad en la que convive un número de alumnos con los que hay que trabajar una serie de contenidos, ya de tipo conceptual, ya procedimental, ya actitudinal, para lograr, o al menos intentarlo, unos objetivos propios del nivel; no es menos cierto que dentro de ese grupo pueden estar presentes alumnos/as con necesidades educativas específicas a los que hemos de dar una respuesta educativa adecuada y que no vaya en detrimento de la colectividad. A este respecto es necesario que, por parte del profesorado ordinario (profesorado-tutor y profesores especialistas de área) se contemplen en su Programación tales situaciones y acomoden la dinámica de la clase a crear un ambiente que permita conseguir, a la vez que los objetivos generales del grupo, los singulares del alumnado con n.e.e.

Es cierto que la anterior propuesta no es novedosa, ya que de forma casi generalizada el profesorado ha venido organizando los espacios, los tiempos y el currículo, con mayor o menor éxito, para integrar a esos alumnos, con sus ACIs, que tradicionalmente se han considerado como de necesidades educativas especiales; pero, ¿qué ocurre cuando en el aula está un niño que no encaja en las categorías tradicionalmente consideradas como tales?; la respuesta, aunque con excepciones, es que ese alumno desborda al profesor, porque, simplemente, no sabe que hacer con él.... Ésta es la reacción que suelen provocar los niños/as que presentan la sintomatología del TDA-H.

Vamos a avanzar: Contemplado ya este niño en el aula, pueden darse distintas situaciones: (i) Que tenga sólo diagnóstico psicopedagógico y de él se deriven n.e.e.. (ii) Que tenga diagnóstico psicopedagógico y además reciba tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico. (iii) Que no tenga diagnóstico de TDAH y pueda o no tener otro tipo de diagnóstico.

Veamos cómo responder en cada caso: (i) En la primera situación el profesorado deberá seguir las normas generales que conforman el Plan global de intervención en el grupoclase, donde hay este tipo de alumnos, así como las específicas que se deriven de las características personales del sujeto, en sus distintas facetas, y que estarán recogidas en su ACI. En este caso se informaría a la familia para que el niño/a fuese visto por los Servicios Sanitarios. (ii) En la segunda situación, el profesorado, además de seguir las anteriores pautas, debería contar con información acerca de la medicación que está recibiendo el niño, los posibles efectos, los periodos de mayor y menor eficacia del fármaco, los periodos de descanso en la toma,.... y llevar a cabo un registro de conductas (grado de atención, actividad, sociabilidad,....) para informar al médico y así, éste, pueda ver si el fármaco y/o la dosis son adecuadas o debe de introducir modificaciones. (iii) En la tercera situación, el profesorado, si no tiene ningún tipo de diagnóstico, debería, iniciar la aplicación del protocolo visto en la fase de detección/diagnóstico psicopedagógico. En función de los resultados de la evaluación psicopedagógica se procedería. En caso de que no cumplierse los criterios establecidos en TDAH se buscaría la etiología del problema y, si se considera preciso, se propondría para ser estudiado por los Servicios Sanitarios. Si el niño cuenta con un diagnóstico específico, distinto al TDA-H, se tratará de acuerdo con su problema. Si no se le aprecia algún problema diferenciado, y sí presenta sintomatología de TDA-H, aunque no llegue a lo que se podría considerar como Trastorno, se le podría aplicar el Plan global de intervención en grupo y ver su evolución. Por tanto, esta intervención, a la que me voy a referir, es aplicable a todo escolar que este categorizado en este Trastorno del Comportamiento, en el continuo de leve a grave, y que, no necesariamente ha de tener tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico.

3. Plan global de intervención en el grupo-clase

Éste, por tener como referente el grupo-clase, necesita ser consensuado por todo el Equipo de Profesores que impartan clase en el mismo y conocido, en función de la edad, por los alumnos que lo integran.

Las siguientes orientaciones van encaminadas a favorecer, desde el grupo-clase, la respuesta educativa para alumnos con TDA-H, sin olvidar las singularidades que aparecerían descritas en la correspondiente ACI. Estas son:

3.1. Relativas a la distribución física del niño/a en el grupo-clase

Sentarle cerca de la mesa del profesor y alejado de toda fuente de distracción: ventanas, puerta de entrada al aula ruidos,..., buscando su ubicación en fila, mientras realiza una tarea personal, para evitar las distracciones interpersonales.

Procurar que su mesa, mientras realiza una tarea tenga el mínimo de elementos distractores, dejando lo específicamente necesario: ficha, cuaderno, pinturas,....

Permitirle que se levante de su sitio, cada cierto tiempo, ampliando éste periodo a medida que se va aplicando el Programa (tiempos de trabajo más largos y los descansos más cortos). A este respecto es conveniente estar atento a las señales de nerviosismo o inquietud que puedan aparecer para darle respuesta, intentando que mientras hace la tarea permanezca en el sitio.

Cuando se programa alguna actividad en grupo, colocarlo con compañeros que sean atentos, reflexivos y tranquilos en sus conductas.

3.2. Relativas a la integración del niño/a en el grupo-clase

Hacerle ver al niño, de acuerdo con su edad y posibilidades, que se le va ayudar de forma específica para que atienda mejor y pueda ir haciendo las tareas como los demás niños, pidiéndole su colaboración.

Hablar con los compañeros para que sepan comprender sus comportamientos y facilitar las buenas relaciones entre ellos.

Darle funciones de colaboración en el aula, como: Repartir y recoger materiales indicados por el profesor o hacer recados dentro del Colegio

Trabajar, a nivel de grupo, habilidades y estrategias que mejoren las relaciones sociales con su entorno y que fomenten acciones de: Interacción con sus iguales y con los adultos, comunicación (pedir, preguntar, conversar,.....), resolución de problemas (conflictos), expresión de sentimientos (alegría, tristeza, aceptación, rechazo,...) o cooperación, responsabilidad...

Especial mención quiero hacer a este apartado por las repercusiones que tiene en la mejora del autocontrol y autoconcepto del niño diagnosticado de TDA-H, evitando o disminuyendo el riesgo de desarrollar otros trastornos del comportamiento.

3.3. Relativas a la organización curricular

Enseñarle, en colaboración con el profesor especialista, a autorregularse en los tiempos y secuencias que precise la tarea.

Acomodar el aprendizaje bajo los principios de personalización y estructuración (trabajo muy estructurado y predecible con reglas claras y constantes), utilizando estrategias metodológicas que incluyan apoyo visual, participación activa del alumno,...

Seleccionar objetivos de aprendizaje adecuados a la actual realidad del niño, evitando establecer "a priori" una homogeneización con el grupo.

Empezar con tareas más cortas que las propuestas para el grupo, e irle reforzando todas las conductas de mantenimiento de la atención, proporcionándole las siguientes de forma progresiva, nunca que le abruma, ya que esto le aumenta considerablemente su nivel de ansiedad.

Asegurarse, antes de que empiece a realizar un trabajo, que ha entendido bien lo que ha de hacer, usando para ello la estrategia de que repita con sus palabras la tarea encomendada.

Facilitarle la tarea de preguntar cuando se haya distraído y no haya entendido lo que se le ha pedido, dándole muestras de comprensión y no de recriminación.

Sugerir al niño que vaya describiendo la tarea que realiza, ya que ello facilita la atención y, como consecuencia, el aprendizaje.

Utilizar un sistema de elogio de conductas adecuadas, fundamentalmente atencionales, reflexivas y relacionales, mediante el uso de refuerzos y recompensas, procurando ignorar las conductas inadecuadas.

Buscar algún tiempo, dentro del grupo, para reforzar aquellos aprendizajes que pueda tener menos afianzados. También se podrá recurrir a la colaboración de algún niño-tutor.

Buscar la colaboración de los padres para controlar y reforzar las tareas que se envíen para casa, tareas que siempre han de estar tasadas teniendo en cuenta la realidad del niño. Estas y otras sugerencias favorecerán cambios en las realizaciones del niño en las distintas áreas, ya de desarrollo, ya de aprendizaje, cambios que serán recogidos en una hoja registro que cumplimentará el tutor/a con la participación de los demás profesores de aula y que contrastará, quincenalmente, con el profesor/a de apoyo específico (P.T.) y analizará, periódicamente (mensual o bimensualmente), con el orientador del Centro.

3.4. Intervención especializada

La otra intervención, la más especializada, será llevada, de forma preferente, por el profesorado de Pedagogía Terapéutica, si bien éste contará siempre con la colaboración del tutor y del resto del Equipo de Profesores de aula, y, si es preciso, con la del profesor de A y L., así como del asesoramiento del Orientador responsable en el Centro.

Esta intervención supondrá, por parte del profesor/a de apoyo especializado, P.T., tener un conocimiento exhaustivo, no sólo de las características generales y el tratamiento global de este alumnado, sino, un conocimiento específico de los aspectos a tratar, así como los procedimientos, técnicas y estrategias que ha de desarrollar en el sujeto (niño/a) con TDAH, de acuerdo con los datos y orientaciones que figuren en el informe psicopedagógico, donde, como ya se indicó, se expresarán claramente los puntos fuertes en los que apoyar la intervención y los puntos débiles objeto de mejora.

4. Plan específico de intervención en el aula de apoyo

El aula de apoyo, a este respecto, debe ser considerada como un lugar donde se lleven a cabo sesiones terapéuticas con una finalidad de tratamiento psicoeducativo del trastorno que nos ocupa.

La intervención, al igual que en el grupo clase, responderá a la consecución de los objetivos que figuren en la Adaptación Curricular Individualizada del alumno correspondiente, ya que, aunque existan unas características comunes, que son a las que nos estamos refiriendo en este Modelo, como no podría ser de otra forma al tratarse genéricamente, sin embargo, la singularidad de cada caso exige una Programación específica.

El profesor especialista, como en otro tipo de tratamientos, seguirá el protocolo de intervención en alumnos con n.e.e. al que no me refiero por formar parte de sus conocimientos como profesional de la educación.

Las siguientes orientaciones tienen como finalidad mejorar, desde el apoyo especializado, la respuesta educativa en los alumnos con TDAH. Estas son:

4.1. Referidas al Programa de tratamiento específico de las dimensiones de déficit de atención e hiperactividad.

Este Programa deberá aplicarse, de forma individual o como máximo con tres sujetos de gran homogeneidad, durante tres periodos semanales de 45 a 60 minutos a lo largo del curso. Los aspectos a trabajar son:

- Entrenamiento en relajación muscular
- Ejercicio físico y entrenamiento en reducción de la tensión
- Entrenamiento en inhibición perceptivo-muscular
- Sesiones terapéuticas de control motor y de impulsividad
- Entrenamiento y estimulación de las funciones ejecutivas y de la atención
- Entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas

Actualmente tenemos una serie de Recursos materiales que pueden facilitar a los profesionales de la educación una intervención más eficaz en el TDAH, cubriendo, prácticamente, los aspectos anteriormente indicados. Los materiales que propongo, sin que ello suponga exclusividad, son:

Programa de cómo desarrollar la inteligencia (Portellano, 2005).

Programa de cómo desarrollar la atención (García y Estévez, 2001). Ideado, según los autores para escolares de entre los 6 y los 8 años de edad con problemas en su atención (con y sin hiperactividad), también, siguen diciendo, son ideales para estimular la atención en escolares de cualquier edad a partir de los 6 años.

Programa para el Desarrollo de la Reflexividad y el Autocontrol (Bornas et al., 2000). Dirigido al periodo 4-8 años, tiene como finalidad ser un recurso más para prevenir problemas tan frecuentes como la falta de atención, impulsividad o hiperactividad, aunque, según los autores, puede resultar útil también para tratar dichos problemas una vez han aparecido. El Programa viene diseñado bajo la hipótesis de que muchos problemas de falta de atención, impulsividad o hiperactividad se deben a fallos en el sistema de autorregulación del niño. La metodología que utiliza es precisa en su exposición.

Programa de Entrenamiento en Focalización de la atención (García, 1998). Dirigido al alumnado de 6 a 14 años diagnosticados de TDAH, en sus distintos subtipos, como también, según el autor.

Otros programas y materiales para facilitar la tarea de intervención con el alumnado diagnosticado de TDAH, son:

- Programas para la Estimulación de las Habilidades de la Inteligencia (Serie Progresint- Editorial CEPE)
- Desarrollo de Habilidades Sociales en niños de 3-6 años (Aprendizaje-Visor)
- Las Habilidades Sociales en la Infancia (Editorial Martínez Roca)
- S.O.S.: Ayudas para Educadores de Niños Hiperactivos (Editorial Albor-Cohs) - Entrenamiento en Focalización de la Atención Auditiva: ESCUCHA (Editorial AlborCohs)
- Programa de Enseñanza de Habilidades Cognitivas de Resolución de Problemas Interpersonales (ESCePL) (Editorial Albor-Cosh)

- Programa de Control del Comportamiento (PCC-TDAH) (Editorial Albor-Cosh)
- Programa de Refuerzo - cuadernos específicos de atención, conflictos,....- (Método EOS). (Editorial EOS)

4.2. Referidas al Programa de tratamiento de las dificultades de aprendizaje u otras asociadas

Aunque siempre discutibles, apuntan al número de que el 40/50 % de los niños hiperactivos tienen un bajo rendimiento escolar y que sobre el 40% presentan problemas de conducta asociados.

Aquellos niños que presenten claro desfase curricular o unas dificultades significativas de aprendizaje, por otra parte es bastante común en niños con TDAH no tratados o en tratamiento que manifiesten problemas a nivel lectoescritor y/o matemáticas. Los estudios efectuados por Manga y Ramos (1991) incluyen el mal rendimiento en memoria lógica en el perfil neuropsicológico de pacientes infantiles con TDAH, precisamente, como indican los autores, por tratarse de un déficit también asociado con disfunción de los lóbulos frontales. Fundamentalmente, deberán recibir, además de la atención curricular adaptada que se le dispense en el aula ordinaria, un tratamiento personalizado para desarrollar adecuadas estrategias que le permitan adquirir unos contenidos, que perfectamente puede alcanzar por su capacidad intelectual tomada ésta en sentido estricto.

Estas estrategias van muy ligadas a las actividades contempladas en los Programas anteriores, pero ya, dirigidas a mejorar los procesos definidos en sus puntos débiles, aprovechando y afianzando los evaluados como puntos fuertes.

Como recurso muy potente para estos niños está el uso regulado de los medios informáticos, que a la vez sirve de reforzador de la atención y del aprendizaje.

En la misma línea de lo indicado en las dificultades de aprendizaje nos encontraríamos ante la necesidad de abordar, por el profesional de Pedagogía Terapéutica en colaboración con el profesor-tutor y el asesoramiento del responsable del Equipo de Orientación, los problemas conductuales que pudiesen presentarse con el correspondiente Programa Educativo de Modificación de Conducta; entendiéndose que si la naturaleza del problema supera las competencias y/o posibilidades del ámbito educativo, éste se convertiría en colaborador del especialista terapeuta responsable de este tratamiento.

La terapia psicológica más indicada en estos casos es la basada en técnicas cognitivoconductuales cuyo objetivo principal está en conseguir el mantenimiento y la generalización de los cambios conductuales, partiendo de un entrenamiento en el que se enseñe al propio niño a regular su conducta. Esto llevaría a actuar con mayor eficacia en las diferentes situaciones existentes en el ambiente donde se desarrolla (Meinchembaum y Goodman, 1971).

En relación a las medidas educativas aplicables a los problemas de conducta asociados en niños diagnosticados de TDAH, González (1988), afirma que, frente a la idea tradicional de que los niños hiperactivos no responden a los premios y castigos, y utilizando parámetros de refuerzo (parcial versus continuo, contingente versus no contingente, positivo versus negativo, etc.), concluye que (Bermúdez y Bermúdez, 2004): (i) Tanto el refuerzo positivo como el negativo son eficaces en situaciones concretas para mejorar tareas en estos niños. (ii) Algunos programas de refuerzo pueden provocar efectos colaterales que son poco controlables o previsibles, pudiendo generar respuestas de agresión, inhibición, huida o empeorar el tratamiento. (iii) Un feedback consistente y positivo puede incrementar la impulsividad de la respuesta. Y, (iv) la ausencia de castigo, cuando se produce una trasgresión, aumenta la posibilidad de que se repita la conducta transgresora.

La práctica educativa de profesionales de la educación con niños de final de Educación Infantil / Educación Primaria, diagnosticados de TDAH pone de manifiesto la eficacia para modificar el comportamiento disruptivo, en general, del uso de técnicas de premios, castigos y economía de fichas (uso de recompensas). En todo caso, estos niños, como suele suceder en general, responden mejor al reforzamiento que al castigo, y dentro del reforzamiento, mejor al positivo que al negativo; por ello el uso del castigo debe de quedar restringido a situaciones en las que haya que suprimir, con rapidez, una conducta que resulte peligrosa para él mismo o para los demás, siendo el castigo más adecuado el tiempo-fuera (time-out) en una ubicación

predeterminada del aula y por un adecuado periodo de tiempo, ya que su finalidad es darle la oportunidad al niño de recuperar el control perdido.

En el momento actual los medios informáticos permiten el uso de programas que, o bien, actúan “directamente” en la modificación de conductas, o bien sirven como reforzadores.

5. Referencias Bibliográficas

- Barkley RA. (1999). Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Barcelona: Paidós
- Barkley, R.A. (1981). *Hyperactive Children: A Handbook of Diagnosis and Treatment*. Nueva York: Guildford Press
- Bermúdez, M.P. y Bermúdez, A.M. (2004). *Manual de Psicología Clínica Infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bornas, X., Servera, M. y Galván, M.R. (2000). PEMPA: Programa para el Desarrollo de la Reflexividad y el Autocontrol en niños de 4 a 8 años. Bilbao: COHS. Consultores.
- García, C. y Estévez, A. (2001). *El juego de la atención (a partir de 6 años)*. Madrid: Lebon.
- García, E.M. (1998). Programa de Entrenamiento en Focalización de la Atención- ENFÓCATE-. Bilbao: COHS. Consultores.
- García, E.M. y Magaz, A. (2000). *Mitos, Errores y Realidades sobre la Hiperactividad Infantil. Guía para padres y profesionales*. Bilbao: Grupo ALBOR – COHS.
- Gillis, J.S. (1989). *Cuestionario de ansiedad infantil*. Madrid: TEA.
- González, J.A (1988). La intervención psicopedagógica en la hiperactividad. *Revista Galega de Psicopedagogía*, 97-108.
- Heaton, R.K., Chelune, G.J., Talley, J.L., Kay, G.G. y Curtis, G. (1993). *Wisconsin Card Sorting test (WCST). Manual Revised and Expanded*. Odesa: Psychological Assessment Resources.
- Kaufman, A.S. y Kaufman, N.L. (1997a). *Test Breve de Inteligencia de Kaufman*. Manual técnico. Madrid: TEA.
- Kaufman, A.S. y Kaufman, N.L (1997b). *Batería de Evaluación de Kaufman para Niños*. Manual técnico. Madrid: TEA.
- Manga, D., Garrido, I. y Pérez, M. (1997). *Atención y motivación en el aula. Importancia educativa y evaluación mediante Escalas de Comportamiento Infantil*. Madrid: Europsyque.
- Manga, D. y Ramos, F. (1991). *Neuropsicología de la edad escolar. Aplicaciones de la teoría de A.R. Luria niños a través de la batería Luria-DNI*. Madrid: Visor.
- Manga, D. y Ramos, F. (1986). La aproximación neuropsicológica a la dislexia evolutiva. *Infancia y Aprendizaje*, 34, 43-75.
- Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1971). Training impulsivity children o talk to themselves: A means o developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Miranda, A. et al. (2000). Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 203-216.
- Miranda, A. y Santamaría, M. (1986). *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje. Análisis y técnicas de recuperación*. Valencia: Promolibro.
- Portellano, J.A. (2005). *Cómo desarrollar la inteligencia. Entrenamiento neuropsicológico de la atención y las funciones ejecutivas*. Madrid: Somos-Psicología.
- Portellano, J.A. et al. (1997). Prevención primaria del fracaso escolar: El cuestionario de madurez neuropsicológica infantil (CUMANIN). *Un estudio experimental. Psicología Educativa*, 3 (1), 89 – 99.
- Reitan, R.M. y Wolfson, D. (1993). *The Halstead–Reitan Neuropsychology Battery: Theory and Clinical Interpretation*. Tucson: Neuropsychology Press.
- Santos, J.L. y Bausela, E. (2005). *Test más utilizados en la evaluación de la función ejecutiva en población infanto – juvenil*. Polibea, 74, 43-45.
- Soprano, A.M. (2003). Evaluación de las funciones ejecutivas en el niño. *Revista de Neurología*, 37 (1), 44 – 50.
- Wechsler, D. (2005). *Escala de Inteligencia Wechsler para niños- IV Edición (WISC-IV)*. Madrid: TEA.