

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD*

Mirta Susana Ison**

■ RESUMEN

Este trabajo consta de dos objetivos: 1) Explorar aspectos conductuales y cognitivos en niños con Déficit de Atención e Hiperactividad (DAH) de la Provincia de Mendoza, Argentina. 2) Evaluar la efectividad de un programa en solución de problemas aplicado a niños con DAH.

Se examinaron 34 niños de 7 a 9 años, de ambos sexos. La muestra se dividió en dos grupos, sólo el primer grupo recibió entrenamiento en solución de problemas. Los resultados muestran que los niños con DAH que recibieron tratamiento, obtuvieron un mejor rendimiento en velocidad y precisión en una tarea, en concentración y en autocontrol. Se concluye que el entrenamiento en solución de problemas es una técnica psicoeducativa eficaz para incrementar las habilidades atencionales y atenuar comportamientos disruptivos en niños con conducta hiperactiva.

Descriptores: Entrenamiento en solución de problemas, déficit de atención e hiperactividad infantil.

■ ABSTRACT

This work has two purposes: 1) To explore cognitive and behavioral aspects in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) from schools of poor neighborhoods of Mendoza, Argentina. 2) To evaluate a problem-solving program aimed to increase attention abilities and to attenuate disruptive behaviors.

Thirty-four children between 7-9 years old, were examined. The sample was divided into two groups of 17 children each. Only the first group was trained in problem-solving. Results indicate that children with ADHD belonging to the first group showed cognitive and behavioral changes: better performance regarding speed and precision to accomplish a task, better concentration and self-control.

Data suggest that training in problem-solving can be an efficient technique to increase attention abilities and to attenuate disruptive behaviors in children with ADHD.

Key words: training in problem solving with hyperactive children, ADHD.

Introducción

Los miembros del comité científico del National Institutes of Health Consensus Development, en la conferencia realizada en noviembre de 1998 en los Estados Unidos (National Institutes of Health [NIH], 2000), concluyeron que el déficit de atención e hiper-

actividad (DAH) es el desorden conductual más frecuentemente diagnosticado en la infancia.

En la Argentina lo padecen de 2 a 5% de los niños en edad escolar, siendo cuatro a ocho veces más frecuente en varones que en mujeres (Moyano Walker, 2001).

Las investigaciones realizadas han intentado dar claridad a esta compleja entidad clínica que, bajo diferentes rótulos, se caracteriza por un desarrollo inapropiado en relación con las etapas evolutivas, de los niveles de atención-concentración (*desatención*), de la actividad motora (*hiperactividad*) y de déficit de autocontrol (*impulsividad*). Estos síntomas nucleares pueden repercutir negativamente so-

* Proyecto subsidiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica ANPCYT, a través del PICT/97 04-00000-00950. Argentina.

** Doctora en Psicología. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet). Profesora de la Universidad Nacional de San Luis y de la Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.

bre el plano académico, emocional y sociofamiliar (Cabanyes y Polaino-Lorente, 1997).

A pesar de los progresos en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de niños y adultos con DAH, aún hoy permanece la controversia sobre la confiabilidad del diagnóstico y, por consiguiente, de la efectividad de diferentes tipos de intervenciones terapéuticas.

De la concepción de esta entidad clínica como un trastorno principalmente conductual, y por ende el empleo de tratamientos de modificación de conducta (Patterson, 1964; O'Leary y O'Leary, 1977; Leonard, 1985; Orjales y Polaino-Lorente, 1991), se pasó a poner énfasis en la consideración de las estrategias cognitivas implicadas en el desarrollo de tareas que exigen un cierto nivel de autocontrol (Douglas, 1980; Bash y Camp, 1985, Kendall, 1988) y en el tratamiento con psicofármacos (Du Paul, Barkley y Connor, 1998).

Si bien el tratamiento con fármacos estimulantes es una terapéutica frecuentemente usada para el manejo clínico de los niños con DAH, entre 10 y 20% de estos niños no muestran mejoría clínicamente significativa respecto de los síntomas nucleares del trastorno (Taylor, 1991). Es así que, durante las dos últimas décadas, se han diseñado numerosos programas de intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de esta problemática, que pueden aplicarse solos o en conjunto con la terapéutica farmacológica.

Las destacadas investigaciones realizadas por Meichenbaum (1977) concluyeron que los niños hiperactivos no son capaces de ejercer un control sobre sus impulsos y fallan en aquellas situaciones que requieren poner en práctica la "reflexión" para su adecuada resolución. Sobre la base de estos postulados, este autor sostenía que los niños hiperactivos, debido a su impulsividad, no analizan las experiencias en función de una mediación cognitiva y presentan dificultad para internalizar reglas que puedan servirle de directrices ante nuevas situaciones de aprendizaje. De acuerdo con este planteamiento, Meichenbaum y su equipo elaboró un programa de entrenamiento en autocontrol basado en autoinstrucciones.

En los últimos años, la mayor parte de los especialistas coincidieron con el modelo de déficit de autocontrol para explicar y modificar el comportamiento hiperactivo. Las técnicas de intervención que han sido aplicadas con cierto éxito han sido las siguientes: autoinstrucción (Meichenbaum, 1977; Kendall y Barsswell, 1982), entrenamiento en autorregistro (Blick y Test, 1987), entrenamiento en

habilidades sociales (Kirby y Grimley, 1986; Ison y Rodríguez, 1997), entrenamiento en atribución (Reid y Borkowski, 1987) y entrenamiento en solución de problemas (Goldstein y Pollock, 1988).

En línea con lo anterior, se han desarrollado programas de entrenamiento para padres y profesores, cuyo objetivo es brindar estrategias para el manejo conductual de los niños con DAH y que son aplicados en conjunto con los programas de entrenamiento infantil a fin de obtener mayor efectividad terapéutica (Anastopoulos y Barkley, 1990; Goldstein y Goldstein, 1990; Barkley, 1997).

Es frecuente observar la dificultad para la solución de problemas interpersonales que presenta este grupo de niños, asociado a los síntomas nucleares característicos del DAH. Asimismo, sabemos que las habilidades cognitivas necesarias para establecer contactos interpersonales satisfactorios son factibles de ser aprendidas por medio de programas especialmente diseñados para incorporar tanto habilidades básicas como aquellas más avanzadas. Ejemplo de estas últimas es la capacidad para reconocer un problema, aceptar la responsabilidad para la solución del mismo, generar alternativas de solución, discriminar aquellas más potables, tomar una decisión, comprender el impacto que esta decisión puede tener sobre otras situaciones, planificar y reflexionar, entre otras.

Atendiendo no sólo a los déficit en atención sino a las dificultades interpersonales que presentan los niños hiperactivos, en el presente trabajo se propusieron dos objetivos:

1. Explorar aspectos conductuales y cognitivos en niños con déficit de atención e hiperactividad de escuelas urbano-marginales de la Provincia de Mendoza, Argentina.
2. Evaluar la efectividad de un programa en solución de problemas aplicado a los niños con déficit de atención e hiperactividad, a fin de incrementar las habilidades atencionales y atenuar los comportamientos disruptivos.

Método

Muestra

Los sujetos examinados fueron 34 niños entre 7 y 9 años de edad, de ambos sexos: 24 varones y 10 niñas, pertenecientes a un nivel socio-económico-cultural

bajo. Todos los niños concurrían a escuelas urbano-marginales de la Provincia de Mendoza, Argentina. Se dividió a la muestra total en dos subgrupos de 17 niños cada uno. El primer grupo recibió entrenamiento en solución de problemas, mientras que el segundo grupo no recibió ningún tipo de tratamiento.

Fases de la investigación

Este trabajo constó de tres pasos. En primer lugar se identificaron a los niños con y sin DAH y se administraron las pruebas de evaluación de habilidades atencionales. Con posterioridad, se aplicó un programa de entrenamiento en solución de problemas (tratamiento) a uno de los dos grupos de niños. Finalmente, se realizó una evaluación posterior al tratamiento en ambos grupos de niños (con tratamiento y sin tratamiento) a fin de examinar la variable "efectividad del tratamiento". En esta etapa se realizaron talleres con los docentes a fin de brindar técnicas para el manejo de este tipo de problemáticas en el ambiente áulico.

Instrumentos

Para la detección de los niños (varones y mujeres) con y sin DAH se administraron dos instrumentos de evaluación: la Escala de Conners y la Guía de Observación Comportamental.

Escala de Conners: Elaborada por Conners en 1969 para la detección de la hiperactividad infantil. Los rangos de la escala van del 0 al 3, donde 0 es indicador de ausencia de la conducta y 3 la presencia frecuente de la misma. La interpretación de las puntuaciones T son las siguientes: por encima de 66, es indicador de conducta hiperactiva; entre 65 y 56, la conducta es interpretada como moderada y por debajo de 55, la conducta hiperactiva se presenta con una baja frecuencia. El criterio para la inclusión de un niño en la categoría diagnóstica de déficit de atención e hiperactividad fue obtener una puntuación T igual o mayor a 66.

Guía de Observación Comportamental para niños: Fue elaborada en la Provincia de Mendoza, Argentina. Informa sobre la clase y frecuencia de aparición de las *conductas problema* en el niño. Al mismo tiempo, posibilita una rápida aproximación a diagnósticos diferenciales (Ison, Fachinelli, 1993).

Este instrumento explora: Agresión física y verbal, Negativismo, Transgresión, Impulsividad, Hiperactividad, Déficit de atención, Autoagresión e Inhibición. De esta guía se utilizaron sólo los factores Agresión física-verbal, Negativismo y Aceptabilidad por los pares. Un percentil igual o superior a 70 fue indicador de agresión física-verbal y negativismo. En tanto que para el factor Aceptabilidad, un percentil igual o inferior a 50 fue indicador de baja aceptación del niño por parte de sus pares. Se cuenta con baremos de esta técnica para nuestra provincia.

Una vez seleccionados los niños con y sin DAH se evaluaron las habilidades atencionales en ambos grupos con las siguientes técnicas psicológicas: Test VADS de Koppitz (adaptación Casullo, 1988), subtests de Dígitos y Aritmética del Test de Inteligencia para niños (WISC III)(Wechsler, 1997) y el Test de Tachado Simple (Zazzo, 1978).

Test VADS de Koppitz: Fue elaborado por Koppitz (1979) y consta de 26 tarjetas impresas con dígitos. Evalúa memoria auditiva y visual inmediata e integración intrasensorial e intersensorial. Otorga 11 puntajes: Auditivo-Oral (AO), Visual-Oral (VO), Auditivo-Gráfico (AG) y Visual-Gráfico (VG). Combinando estas modalidades surgen puntajes respecto a Integración Intrasensorial (AO + VG) e Integración Intersensorial (VO y AG), Percepción Auditiva (AO y AG), Percepción Visual (VO y VG), Expresión Oral (AO y VO) y Expresión Escrita (AG y VG). Asimismo, se obtiene un puntaje total sumando los cuatro primeros subtests (AO, VO, AG y VG). Se cuenta con normas percentilares adaptadas a la población argentina (Casullo, 1988).

Subtests de Dígitos y Aritmética del WISC III: Considerados en conjunto, estos subtests evalúan el factor Ausencia de Distractibilidad (AD) denominado así por Kaufman (1979), quien destacó los aspectos de atención-concentración para este factor. Posteriormente Wechsler (1997), en la revisión de los factores del WISC, incluyó a Dígitos y Aritmética como pruebas que componen el tercer factor.

Test de Tachado Simple: Evalúa la capacidad del niño para mantener el foco atencional durante un periodo amplio de tiempo, rapidez de ejecución y resistencia a la monotonía utilizando como estímulos elementos gráficos. La tarea consiste en distinguir y tachar lo más rápidamente posible un signo

mezclado con otros con los cuales puede confundirse fácilmente (Zazzo, 1978).

Procedimiento

La Escala de Conners y la Guía de Observación Comportamental se administraron a cursos completos, de segundo a cuarto año escolar. Sobre el total de 178 niños evaluados entre 7 a 9 años de edad se identificaron a aquellos con y sin DAH.

Como *criterio de inclusión* de un niño en el grupo de DAH se establecieron dos medidas: *a)* en la Escala de Conners, la obtención de un puntaje T superior a 66. *b)* En la Guía de Observación Comportamental, para todas las edades, un percentil por encima de 70 en los factores de Agresión física/verbal y Negativismo.

A los 34 niños identificados con DAH se les administró, en forma individual, las técnicas para evaluar habilidades atencionales. Estas técnicas fueron utilizadas como medidas pre y post tratamiento. Se trabajó en el ámbito escolar y se dispuso de una habitación confortable para el trabajo con grupos pequeños.

Previo a la aplicación del programa de entrenamiento en solución de problemas, se explicó a los padres de los niños el contenido de cada módulo, tratando de obtener la máxima colaboración. Asimismo, se realizó una entrevista semiestructurada a los padres a fin de indagar: *a)* datos de identificación del niño, *b)* datos familiares, *c)* antecedentes del desarrollo: condiciones prenatales, perinatales, posnatales, *d)* historia académica del niño, *e)* estado físico del niño, *f)* estudios practicados, *g)* convivencia familiar, *h)* expectativas y motivación de los padres, *i)* exploración de refuerzos y castigos.

Para llevar a cabo el *segundo objetivo*, es decir, evaluar la efectividad del programa en solución de problemas en los niños con DAH, se procedió a la asignación aleatoria de los niños/as a los grupos que recibirían tratamiento de aquellos que no participarían del mismo.

Se trabajó con cuatro grupos de cuatro niños aproximadamente (tres varones y una mujer).

El entrenamiento en solución de problemas constó de cinco etapas: *1)* Orientación del problema, *2)* Definición y formulación del problema, *3)* Generación de soluciones alternativas, *4)* Toma de decisiones e *5)* Implementación de decisiones y verificación de los resultados (D'Zurrilla, 1988).

En cada módulo se enfatizó la práctica de los diversos aspectos de la comunicación no verbal: gestos, tono de voz, actitud postural, entonación, expresión facial y distancia con el interlocutor. Este trabajo se realizó por medio de juegos especialmente seleccionados.

Para el aprendizaje de cada módulo se trabajó dos días por semana. El primer día se empleó con el formato detallado debajo. El segundo día, se realizaron actividades especialmente seleccionadas en el aula en colaboración con la docente.

Este programa constó de 13 módulos de enseñanza. Las sesiones de cada módulo se realizaron dos veces por semana y tuvieron una duración aproximada de 30 minutos. En cada módulo el examinador explicó al grupo el tema a tratar en el encuentro, se utilizaron técnicas de *rol-playing* para las distintas situaciones a trabajar, otorgándose el correspondiente *feedback* al grupo. Al final de cada encuentro, se realizó un resumen y revisión del módulo y posteriormente fueron asignadas tareas para ser practicadas en otros ámbitos de interacción. Al inicio de un nuevo módulo, se realizó una revisión de lo aprendido en el anterior y chequeo de la realización de tareas.

Los temas trabajados en cada módulo fueron: *1)* Importancia del entrenamiento en solución de problemas, *2)* Reconocer el problema, *3)* Aceptar la responsabilidad para los problemas, *4)* Control de la impulsividad, *5)* Generar alternativas de solución, *6)* Elegir soluciones posibles, *7)* Implementar la solución del problema, *8)* Cooperativismo, *9)* Evaluación en la solución de un problema, *10)* Tomar decisiones, *11)* Evaluación de las consecuencias, *12)* Interacciones de grupo, *13)* Afrontar y resolver los conflictos.

Tratamiento estadístico

Con el objeto de examinar la efectividad del programa de entrenamiento en solución de problemas, se aplicó el análisis multivariado de variancia (MANOVA). Posteriormente, se aplicó el test de comparaciones múltiples de Tukey a fin de determinar las habilidades atencionales que sufrieron modificación por efecto del tratamiento. Para analizar las observaciones de las docentes, se aplicó la prueba de diferencia de medias para identificar diferencias significativas a nivel comportamental entre los niños con DAH que recibieron o no trata-

miento. Se tomó como término significativo una probabilidad menor al 5%.

Resultados

Considerando la variable "edad", no se observaron diferencias significativas entre el grupo de niños con DAH que recibió tratamiento (8.76 ± 1.09) y el grupo que no lo recibió (8.11 ± 1.16) ($t = 1.67$, $p < .10$).

Características socioambientales de la muestra

Del análisis de las características familiares de los niños diagnosticados con DAH ($n=34$), se obtuvieron los siguientes resultados:

- a) Agresión física y verbal entre los miembros de la pareja, 23.5% (8 niños).
- b) Agresión verbal entre los miembros de la pareja, 64.7 % (22 niños).
- c) Trastornos psicopatológicos en algunos de los miembros de la pareja: Depresión, 41.1 % (14 niños); Alcoholismo, 20.5 % (7 niños); Conductas Antisociales, 38.2 % (13 niños).
- d) Conducta parental negligente, 23.5 % (8 niños): Negligencia física, 5.8 % (2 niños); Negligencia psicoafectiva, 17.6 % (6 niños).
- e) Familias monoparentales, 38.2 % (13 niños).
- f) Familias con cambio frecuente de figura parental, 67.6 % (23 niños).
- g) Necesidades básicas insatisfechas, 47 % (16 niños).

Comparación de las funciones atencionales entre los niños con DAH con tratamiento vs. sin tratamiento

Prueba de Memoria Auditiva y Visual de Dígitos: Test VADS

Los niños con DAH que participaron del entrenamiento en solución de problemas, en comparación con aquellos que no recibieron tratamiento, obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en los subtests: V - G ($F_{1,32} = 4.04$; $p < .05$), Percepción Visual ($F_{1,32} = 3.89$; $p < .05$) y Expresión Escrita ($F_{1,32} = 4.52$; $p < .04$).

Subtests de Dígitos y Aritmética (WISC III)

Estos subtests considerados en conjunto evalúan el factor Distraibilidad (Kaufman, 1979).

Dígitos: En este subtest no se observaron diferencias significativas entre el grupo de niños con DAH que participó del tratamiento y aquel que no participó.

Aritmética: El grupo que recibió tratamiento presentó puntajes significativamente mayores con respecto al grupo de niños con DAH sin tratamiento ($F_{1,32} = 8.58$; $p < .006$).

Prueba de persistencia de la atención: Test de Tachado Simple

Se obtuvieron tres puntajes: Velocidad, Índice de Inexactitud y Rendimiento de ejecución.

Al analizar las comparaciones intragrupo (pre vs. post tratamiento) se observó que el grupo de niños con DAH que recibió tratamiento obtuvo puntajes significativamente mayores en el factor Velocidad ($F_{1,32} = 5.65$; $p < .02$), en tanto que disminuyó significativamente el Índice de Inexactitud ($F_{1,32} = 7.68$; $p < .009$). A consecuencia de la relación entre Velocidad e Índice de Inexactitud, el Rendimiento en la ejecución fue significativamente mayor ($F_{1,32} = 9.42$; $p < .004$).

Por otra parte, en el grupo de niños con DAH que no recibió tratamiento no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las tres variables anteriormente descritas.

Evaluación comportamental

Al analizar los resultados de las evaluaciones realizadas por las docentes en la Escala de Conners y en la Guía de Observación Comportamental en la situación pre-post entrenamiento en solución de problemas, se observó que los niños con DAH que recibieron tratamiento mostraron una disminución estadísticamente significativa en el factor Hiperactividad de la Escala de Conners ($t = 2.90$, $p < .006$) y Agresión Física-verbal de la Guía de Observación ($t = 2.07$, $p < .05$).

Las docentes no percibieron modificación comportamental en aquellos niños con DAH que no participaron del tratamiento.

Discusión

Los resultados obtenidos en este trabajo muestran la presencia de cambios conductuales y en las habilidades atencionales en el grupo de niños con conducta hiperactiva que participaron del programa de entrenamiento en solución de problemas, en comparación con aquellos niños que no fueron incluidos en dicho programa.

Los niños con déficit de atención e hiperactividad que participaron del tratamiento mejoraron su rendimiento en Memoria Visual Gráfica, Percepción Visual y Expresión Escrita, funciones evaluadas por el test VADS. Estas funciones están ligadas a la capacidad de secuenciación y memorización de estímulos visuales, es decir, a la capacidad de integración intersensorial ya que relaciona percepciones visuales y expresión gráfica. En este caso, el niño debe escribir de memoria aquello que recuerda haber visto en forma gráfica. El esfuerzo cognitivo que el niño debe realizar para procesar la información cuando ésta proviene de modalidades sensoriales distintas (integración intra e intersensorial), requiere suspender los procesos de pensamiento irrelevante para atender a la nueva tarea. Pero esta función también está influida por los efectos de la ansiedad y de la incapacidad de autocontrol en las operaciones mentales.

En relación con lo anterior, observamos que la capacidad para registrar, analizar y sintetizar la información en forma simultánea no se vio modificada en los niños con conducta hiperactiva que no participaron del entrenamiento en solución de problemas.

El factor Ausencia de Distraibilidad (AD), compuesto por los subtests Aritmética y Retención de Dígitos introducido por Kaufman (1975, 1979) y reformulado por Wechsler, se empleó como indicador de dificultades en atención-concentración. A este respecto, los niños con DAH que participaron del entrenamiento lograron incrementar significativamente su ejecución sólo en el subtest de Aritmética. En este sentido, los datos obtenidos en nuestro estudio coinciden con aquellas investigaciones que sostienen que el factor AD debe seguir siendo analizado para considerarlo como una medida fiable de inatención (Reschly y Reschly, 1979; Sandoval, 1982; Little, 1992). Sin embargo, otros autores sostienen que este factor es una medida confiable para identificar a sujetos con DAH (Anostopoulos y otros, 1994).

Al analizar la persistencia de la atención en una tarea, se observó que el grupo que participó del programa de entrenamiento mejoró su rendimiento en las habilidades de Velocidad y Ejecución, en tanto que disminuyó el Índice de inexactitud al comparar los resultados pre-post tratamiento. Con este resultado se infiere que este grupo de niños logró un mayor grado de concentración y de autocontrol en el plano cognitivo, en tanto obtuvieron mayor precisión en sus respuestas.

En el grupo de niños que no participó del entrenamiento en solución de problemas no se observaron diferencias significativas en ninguna de las habilidades cognitivas consideradas.

Desde el punto de vista conductual, las docentes informaron una disminución de las conductas hiperactivas y agresivas en los niños que participaron del tratamiento.

Del análisis de los resultados, se concluye que el entrenamiento en solución de problemas puede ser una técnica psicoeducativa eficaz para incrementar las habilidades atencionales y atenuar comportamientos disruptivos en niños con conducta hiperactiva. La introducción de programas de entrenamiento en solución de problemas dentro de las actividades escolares, tendería a promover contextos facilitadores del desarrollo personal, generando un clima áulico armónico y disminuyendo el riesgo de abandono por problemas de adaptación al sistema escolar. Asimismo, la implementación de programas de apoyo familiar, tendientes a promover interacciones más satisfactorias entre sus miembros, contribuiría a atenuar las conductas disruptivas en el niño. Por esta razón, en la detección y el tratamiento precoz del déficit de atención e hiperactividad infantil se aconseja incluir a los adultos significativos en programas de entrenamiento para mejorar los sistemas de comunicación interpersonal. De este modo, se actúa previniendo futuros desajustes psicosociales en el sistema familiar al favorecer relaciones interpersonales satisfactorias y promover el desarrollo personal.

En síntesis, podemos afirmar que las intervenciones cognitivas, solas o en combinación con procedimientos conductuales o tratamiento farmacológico, demuestran ser eficaces en los niños que padecen déficit de atención e hiperactividad. Queda entonces una mayor esperanza ante el reto de la reeducación, desde una perspectiva multidisciplinar, de los niños con esta problemática.

■ BIBLIOGRAFÍA

- Anastopoulos, A. D. y Barkley, R. A. (1990). "Counseling and Parent Training", en R. A. Barkley, *Attention-deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Nueva York, Guilford Press, pp. 397-431.
- , Spisto, M. y Maher, M. (1994). "Freedom from Distractibility Factor: Its Utility in Identifying Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder". *Psychological Assessment*, vol. 6, (4) 368-371.
- Bash, M. S. y Camp, B. (1985). *Think Aloud: Increasing Social and Cognitive Skills – A Problem-solving Program for Children*. Champaign, Research Press.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the Nature of Self-control*. Nueva York, Guilford Press.
- Blick, D. W. y Test, D. W. (1987). "Effects of Self-recording on High-school Students' on Task Behavior". *Learning Disability Quarterly*, 10, 203-213.
- Cabanes, J. y Polaino-Lorente, P. (1997). "Trastornos de la atención e hiperactividad infantil: Planteamiento actual de un viejo problema", en Aquilino Polaino-Lorente (ed.), *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid, España, Unión Editorial, pp. 31-46.
- Casullo, M. M. y Figueroa, N. L. (1988). *El Test VADS de Koppitz. Normas regionales argentinas*. Buenos Aires, Argentina, Guadalupe.
- Conners, C. K. (1969). "A Teacher Rating Scales for Use in Drug Studies with Children". *American Journal of Psychiatry*, 126, 884-888.
- Douglas, V. I. (1980). "Treatment and Training Approaches to Hyperactivity: Establishing Internal or External Control", en C. K. Whalen y B. Henker (eds.), *Hyperactive Children: The Social Ecology of Identification and Treatment*. Nueva York, Academic Press.
- Du Paul, G. J., Barkley, R. A. y Connor, D. F. (1998). "Stimulants", en R. A. Barkley (ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Nueva York, The Guilford Press.
- D'Zurilla, T. J. (1988). *Problem-solving Therapies: A Social Competence Approach to Clinical Intervention*. Nueva York, Springer.
- Goldstein, S. y Goldstein, M. (1990). *Managing Attention Disorders in Children. A Guide for Practitioners*. Estados Unidos, John Wiley & Sons, Inc.
- y Pollock, E. (1988). *Problem Solving Skills Training for Attention Deficit Children*. Neurology, Learning and Behavior Center, Salt Lake City, UT.
- Ison, M. S. y Fachinelli, C. C. (1993). "Guía de Observación Comportamental para niños". *Interdisciplinaria*, 12 (1), 11-21.
- y Rodríguez, C. I. (1997). "Desarrollo de Habilidades Sociales en el Tratamiento de Conductas Problema Infantiles". *Revista Mexicana de Psicología*, 14 (2), 129-137.
- y Soria, R. (1997). "Baremo de la Guía de Observación Comportamental para niños". *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 14 (1-2), 25-46.
- Kaufman, A. S. (1975). "Factor Analysis of the WISC-R at 11 Age Level Between 6 and 16 Years". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 135-147.
- (1979). *Intelligent Testing with the WISC-R*. Nueva York, Wiley & Sons.
- Kendall, P. C. (1988). *Stop and think workbook*. Marion Station, PA.
- y Brasswell, L. (1982). "Cognitive-Behavioral Self-control Therapy for Children. A Component Analysis". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 672-689.
- Kirby, E. A. y Grimley, L. K. (1986). *Understanding and Treating Attention Deficit Disorder*. Nueva York, Pergamon Press.
- Koppitz, E. (1979). *The Visual Aural Digit Span Test*. Nueva York, Grune and Stratton.
- Leonard, D. (1985). "The Effectiveness of Behavior Modification on Hyperkinesis". *Child Psychiatry and Human Development*, 16 (2), 87-96.
- Little, S. (1992). "The WISC-III: Everything Old is New Again". *Journal Psychology Quarterly*, 7 (2), 136-42.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior Modification*. Nueva York, Plenum Press.
- Moyano Walker, J. M. (2001). *ADHD . Síndrome de hiperactividad y déficit de atención*. En internet, 2001. Disponible en: <http://www.cedai.com.ar/adhd.html>
- National Institutes of Health Consensus Development (2000). Conferencia: "Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder (ADHA)". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39 (2), 182-193.
- O'Leary, K. D. y O'Leary, S. G. (1977). *Classroom Management: The Successful Use of Behavior Modification* (2a. ed.). Nueva York, Pergamon Press.
- Orjales Villar, I. y Polaino-Lorente, A. (1991). *Eficacia diferencial en técnicas de intervención en el síndrome hiperactivo*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- Patterson, G. R. (1964). "An Application of Conditioning Techniques to the Control of a Hyperactive Child", en Ullman, L. P. y Krasner, L. (dir.), *Case Studied in Behavior Modification*. Nueva York, Holt Rinehart and Winston.
- Reid, M. K. y Borkowski, J. G. (1987). "Causal Attributions of Hyperactive Children: Implications for Teaching Strategies and Self-control". *Journal of Educational Psychology*, 79, 296-307.
- Reschly, D. J. y Reschly, J. E. (1979). "Brief Reports on the WISC-R: 1. Validity of WISC-R Factor Scores in Predicting Achievement and Attention for Four Socio-cultural Groups". *Journal of School Psychology*, 17, 355-361.
- Sandoval, J. (1982). "The WISC-R Factorial Validity for Minority Groups and Spearman's Hypothesis". *Journal of School Psychology*, 20, 198-204.
- Taylor, E. A. (1991). *El niño hiperactivo [The Overactive Child]*. Barcelona, Martínez Roca (Publicación original, 1986).
- Wechsler, D. (1997). *Test de Inteligencia para niños WISC III. [Wechsler Intelligence Scale for Children. WISC III Manual]*. Buenos Aires, Paidós.
- Zazzo, R. (1978). *Evaluación psicológica del niño*. Buenos Aires, Paidós.