

APORTES DE LA NEUROPSICOLOGÍA DINÁMICA INTEGRAL AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ADHD.

Alicia E. Risueño^{1*}

Profesora Asociada de Neuropsicología, Neuropsicopatología y Psicofisiología.

Universidad Argentina John F Kennedy Dto. De Biología Área Humanística

RESUMEN

El déficit de atención con hiperactividad (ADHD) es un síndrome que afecta a más del 5 % de los niños en edad escolar, teniendo consecuencias psicosociocognitivas que se manifiestan en el rendimiento escolar, en la vida de relación con los adultos y sus pares, dejando a posteriori importantes secuelas en la vida adulta. El presente trabajo aborda desde una concepción dinámica la problemática de los niños y adolescentes que padecen ADHD. Recorre brevemente distintos modelos a través de la historia y propone alternativas posibles a partir de ópticas integrativistas que consideran aspectos neurobióticos (plasticidad neuronal), comportamentales y cognitivos.

PALABRAS CLAVE: ADHD . Modelos históricos . Neuropsicología dinámica Integral. Cerebro, Psique y Cognición

¹ Universidad Argentina John F Kennedy Dto. De Biología Área Humanística. E-mail: dep04ah@kennedy.edu.ar

INTRODUCCIÓN

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE ADHD

El déficit de atención con hiperactividad (ADHD) es una entidad nosológica altamente compleja, cuyos rasgos característicos son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, afectando al niño en el plano comportamental y cognitivo.

Si recorremos la literatura científica observamos que es uno de síndromes más significativos del desarrollo disfuncional infantil. La multiplicidad signosintomática ha conducido las investigaciones hacia distintos aspectos y son diversas las vertientes que se han ocupado del mismo. Psicólogos, psicopedagogos, médicos y educadores se han planteado en más de una oportunidad la etiología del mismo, los instrumentos adecuados de diagnóstico y los posibles tratamientos.

Es justamente su complejidad sindrómica y las distintas miradas lo que ha dificultado un "ponerse de acuerdo" en los aspectos anteriormente señalados.

Desde principio de siglo se registran los primeros aportes, pero es en los últimos años de la década del sesenta que la hiperactividad es abordada por los especialistas como fenómeno clínico. La falta de acuerdo en cuanto a la terminología que se debe emplear nos muestra la existencia de discrepancias acerca del concepto de hiperactividad, su origen y sus formas de manifestación.

Un recorrido por la bibliografía nos permite observar las modificaciones que ha sufrido a través del tiempo. Desde la antigua categorización nosológica de "lesión cerebral" hasta el "déficit atencional" (ADD) la mayoría de los autores hacen referencia a un conjunto de conductas tales como la actividad motriz excesiva, la inatención, la impulsividad y los trastornos de aprendizaje asociados como rasgos característicos.

Este panorama confuso y complejo se debe a los diferentes modelos teóricos que se manejan, partiendo desde concepciones etiológicas, hasta clasificaciones descriptivas. Clements S.D. (1966) reúne en su trabajo más de treinta y siete nombres en lengua inglesa. No escapa tampoco en este difícil recorrido denuncias como las de Ana Sneyers (1979), dejando sentado los intereses económicos, políticos y sociales que se juegan en torno a esta problemática, especialmente en los E.E.U.U. entre la década del 30 y el 50 y que hoy no escapan a nuestro tiempo ni a nuestro medio.

Strauss, interpreta la hiperactividad como síntoma de una lesión cerebral exógena, ajena al registro genético. Conjuntamente con Kephart, L.(1955) proponen preparar un ambiente adecuado, eliminando factores de distractibilidad, con un currículum especial para el mejoramiento del proceso de aprendizaje. Son sus investigaciones uno de los mayores aportes en la educación del niño con este síndrome, el que se conoce a partir de ese momento como "Síndrome de Strauss".

Las investigaciones de Strauss y Lethinen (1947) Strauss y col. (1964), se complementan con las de Pasamanik et al (1956) y Knobloch et al (1959), que comprobaron la incidencia de las complicaciones perinatales como noxas de los trastornos de conducta y de la hiperactividad.

El mismo año en que Strauss y Col. definen el cuadro, Gessel y Amatruda especifican la lesión o daño cerebral mínimo como un tipo de injuria cerebral mínima que se expresa con dificultades en la palabra, dominio unilateral del cuerpo pobremente definido e integración demorada, con probables problemas de aprendizaje; asociándose incoordinación oculomotriz y defectos visuales.

Laufer, M y Denhoff, E. (1957), en su estudio de la hiperkinesia atribuyen el síndrome a disfunciones en el diencéfalo, caracterizada por "una sensibilidad inadecuada del S.N.C.a los estímulos que constantemente se emiten desde los receptores periféricos y vísceras",

caracterizándola con las manifestaciones de hiperactividad, impulsividad y problemas de aprendizaje, con períodos cortos de atención, dificultades en la concentración y una baja tolerancia ante la espera de gratificaciones.

En 1962 en la reunión internacional de Neuropediatras de Oxford se propuso cambiar la denominación de “ lesión o daño cerebral mínimo” por “ *disfunción cerebral mínima*”. Esta surge ante la imposibilidad de demostrar la presencia de una lesión cerebral como causa de la hiperactividad y de los cambios comportamentales. Es allí donde Mackeith y Foreword marcaron la heterogeneidad de la etiología y de los signos y síntomas que presentaban los niños reunidos bajo esta categoría diagnóstica y recomendaron investigar a todos los subsíndromes que podían encerrar esta denominación.

La imposibilidad de unificar terminología llega hasta nuestros días; son muchos los nombres que aún persisten. La falta de comprobación de la lesión cerebral, inclina la balanza hacia una definición comportamental.

Algunos autores como Werry (1968) ponen el acento en la hiperactividad considerándola como un nivel de actividad motriz diaria que supera la de los niños de igual edad, sexo, status socio-económico y nivel educacional y cultural.

La Asociación de Psiquiatría Americana en el DSM II incluye el diagnóstico de Reacción hiperkinética en la niñez caracterizado por el exceso de actividad, inquietud, distracción y escasa atención sostenida.

El DSM III (1980) denomina a esta entidad Attention Deficit Disorders (ADD), partiendo del concepto que el elemento más significativo del síndrome es el déficit atencional y diferencia a tres grupos de pacientes: a) Déficit atencional sin hiperactividad (ADD) y con presencia de impulsividad, b) Déficit de atención con hiperactividad (ADHD), cuyas características son la falta de atención la hiperactividad y la impulsividad y c) Déficit de atención residual, para designar a los adolescentes con ADD

que fueron hiperactivos cuando niños. En tanto el ICD10 pone el acento en la desinhibición y el DSMIV conserva la desatención como signo central. (Tabla 1)

MODELOS TEÓRICOS DE ABORDAJE

Desde el modelo médico neurológico se lo define como posibles disfunciones o anomalías cerebrales; el modelo psiquiátrico adopta los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) que lo caracteriza por excesiva actividad motriz, falta de atención e impulsividad.

Para el modelo pedagógico, la hiperactividad infantil se relaciona con deficiencias perceptivas y dificultades para el aprendizaje. El modelo conductual, define el trastorno a partir de la evaluación del comportamiento en el ambiente y situaciones específicas en las que aparece y por lo tanto destaca la existencia de un patrón de conductas concretas que se manifiesta en respuesta a condiciones ambientales adversas.

Desde el modelo psicofisiológico existen diversas investigaciones que determinan que el déficit atencional es producto de una infractivación del SNC, en tanto que otros consideran lo opuesto, es decir una supreactivación reticular.

Para el enfoque psicoanalítico, la hiperactividad es la forma de eludir la fantasía de muerte, o como mecanismo de compensación de estados de ansiedad motivados por depresión.

Los niños que padecen del síndrome presentan además, una escasa tolerancia a la frustración, baja autoestima, dificultades para manejarse entre sus pares y en algunos casos, conductas agresivas y desafiantes, sintomatología que repercute en la imposibilidad que tienen de aceptar las normas propuestas por el adulto.

NEUROPSICOLOGÍA DEL DESARROLLO. HACIA UNA CONCEPCIÓN DINÁMICA E INTEGRATIVISTA DEL ADHD

Para abordar la problemática del déficit de atención con hiperactividad (ADHD), en primer término definiremos nuestro marco teórico al que denominamos **Neuropsicología Dinámica Integrativista**. En un segundo momento puntualizaremos *qué es la atención*, el papel que juega conjuntamente con la psicomotricidad en la estructuración psíquica y como las conductas impulsivas condicionan la singular organización cognitiva. Por último analizamos la importancia de la función paterna en el tratamiento de los niños con ADHD.

El siendo humano desde que nace está en permanente proceso de autoeducación, siendo el cerebro el que lo posibilita. El SNC responde a la estimulación dada desde el mundo, permitiendo así un desarrollo progresivo. Este desarrollo a su vez proporciona una mayor ramificación dendrítica, que de acuerdo al **principio de plasticidad** facilitará un entramado neural conformando las posibilidades de un **yo corporal, psíquico y cognitivo**.

Este nuevo entramado facilita a su vez recorridos singulares que están relacionados con la sistematización cortical y que indudablemente lleva a estructurar un psiquismo único e irrepetible y a la apropiación de la realidad organizando el pensamiento y el lenguaje.

Durante este momento evolutivo cobra vital importancia la estimulación y las experiencias vitales. Cada interrelación con el mundo permite múltiples conexiones y por lo tanto nuevas arborizaciones dendríticas. Podríamos decir que frente a un mismo hecho de acuerdo a la historia existencial, la realidad se construirá de forma singular. El tono emocional por un lado (psique) y la forma de pensar por el otro (cognición) serán diferentes en cada caso, aún cuando la conducta parezca la misma. Las conexiones cerebrales, es decir los recorridos neuronales, que realizará cada niño tendrá relación directa con sus experiencias, con su relación con otros. Procesos de feedback que a su vez fundan la estructura psíquica.

Las primeras transacciones emocionales que se dan a partir de la relación madre-hijo, constituyen la "urdimbre afectiva" (Rof Carballo, 1961). En este proceso participa activamente el sistema límbico, que a su vez se construye a sí mismo (en sentido anátomo-funcional) a lo largo de la vida, de acuerdo con las sucesivas integraciones emocionales en las que va participando (Barraquer Bordas L., 1995). Es decir que la plasticidad se logra a partir de otro. Este ir siendo con otros nos da orden psíquico y luego nos permite organizar nuestra mente. Por eso decimos que lo psíquico no es lo mismo que lo mental aunque este lo condiciona, como lo condiciona lo cerebral.

Esta mirada integrativa de múltiples interrelaciones, entre lo corporal, lo psíquico y lo mental, es decir: lo cerebral, lo emocional y el pensamiento dan cuenta de una conducta organizada y con sentido.

Toda conducta pues es el resultado de **actividades neuro-psico-cognitivas** que se inician con la sensopercepción y con la atención.

La atención es el proceso por el cual se utiliza ordenadamente estrategias para captar información del medio. Todo proceso atencional requiere de una habilidad para focalizar el tiempo suficiente o cambiar adecuadamente dicho foco. En esta actividad, como en todo comportamiento esta implicado el SNC. Como cada una de las actividades psíquicas que se sustentan funcionalmente desde lo cerebral están íntimamente imbricadas unas con otras, la atención se relaciona con la percepción para seleccionar y jerarquizar éstas.

La percepción como proceso neuropsicológico es dinámica. Es la conjunción de modalidades sensoriales, visivas, auditivas, entre otras, de apropiación de la realidad. Una realidad que se construye sobre la base de las percepciones y procesos atencionales. Una realidad concreta que va configurando con el paso del tiempo una realidad psíquica. Una realidad que conforma un yo corporal y por ende una estructura psíquica. La percepción y la atención van dando cuenta de la psicomotricidad, que más allá de un cuerpo

en acción es un **cuerpo en acción con sentido**.

Es así como la psicomotricidad se va estructurando a partir de las primeras percepciones espacio visuales y desde los primeros reflejos arcaicos en los cuales se asientan los futuros aprendizajes. La actividad motora constituye un aspecto de las funciones psicomotrices en donde se encuentran integradas y es uno de los soportes de la constitución del esquema corporal. Es la más elemental expresión del grado de desarrollo y del nivel de actividad de la esfera cognitivo-afectiva. Posibilita la estructuración perceptiva espacio-visual y perceptiva rítmica audio-temporal, que conlleva a una coordinación motriz adecuada para toda conducta, mas allá de las necesarias para el aprendizaje sistemático.

Atención, percepción y motricidad son, entonces, el punto de partida de un comportamiento que reviste la eficacia necesaria para el logro de actividades tanto simples como complejas. La motivación no es ajena a este proceso y permite la disposición para elegir determinadas estrategias y orientarlas de acuerdo a las estructuras de pensamiento y las actividades volitivas, condicionando la capacidad cognitiva, y observándose una actitud eficiente o no, de resolución de problemas.

¿Qué pasa pues con la conducta y el pensamiento de un niño que padece déficit de atención con hiperactividad?

En los niños con ADHD la atención se presenta con fluctuaciones en la distribución de los focos con una duración, intensidad y elección de objeto inadecuados. Por lo tanto su percepción de la realidad se realizará sobre la base de estas fluctuaciones. Así, la realidad percibida denota alteraciones. Generalmente las características perceptivas que predominan revelan una modalidad asimilativa - hiperasimilativa.

Esta modalidad de aprendizaje y de apropiación de la realidad, lleva a estos niños a una construcción parcial de la misma y por lo tanto a una distorsionada estructuración psíquica. Su yo psíquico es

modelado y modela la actividad motriz, que se traduce en hiperactividad, con características de torpeza motora y fallas en la psicomotricidad. En tanto que su funcionamiento cerebral configura su yo psíquico, ambos dan forma a su estilo cognitivo y a su comportamiento social. Desde el plano cognitivo, se observa una desorganización que se manifiesta con un pensamiento irreflexivo, impulsivo, rígido y dependiente del campo perceptivo.

Retomamos los conceptos psicofisiológicos de activación cerebral: si analizamos el funcionamiento neuronal distinguimos en el proceso de atención y por lo tanto de percepción y motricidad **proyecciones y retro-proyecciones retículo- córtico-reticulares**. El sistema reticular va analizando, regulando y modificando las actividades psíquicas desde el comienzo de las mismas hasta su realización. A su vez es modificado por la intervención que realiza la corteza en su conjunto y muy especialmente la corteza frontal y prefrontal. En el niño con ADHD la disfunción en la autorregulación reticulocorticoreticular se manifiesta con alteraciones conductuales. Los estímulos presentados a su conciencia se traducen como estímulos caóticos, difíciles de organizar por su corteza frontal-prefrontal. La acción del reticular no ejerce el rol de coordinador y organizar funcional y por lo tanto desde sus primeras experiencias vitales deja registros mnémicos faltos de organización y sistematización. Es así como se construye también su yo psíquico, falto de organización y con características conductuales de impulsividad. Esta sintomatología no se registra electroencefalográficamente, lo que jerarquiza más aún en el diagnóstico la presencia de signos menores.

Si ponemos el acento en una diferente organización neuropsicocognitiva, hacemos referencia a un desarrollo disfuncional que desde los primeros meses se puede advertir los "indicadores de Hiperactividad". La actividad reticular disfuncional se presenta en los dos primeros años con descargas mioclónicas durante el sueño, alteraciones en el ritmo circadiano con períodos cortos de sueño y despertares sobresaltados. Conocemos mas allá del síndrome que nos ocupa, la importancia del un ordenado ritmo

circadiano para el desarrollo del niño. El adecuado ritmo sueño – vigila permite la consolidación de la memoria y ésta facilita la conservación de mecanismos adecuados de respuesta, tanto declarativos como procedurales, que son constituyentes a partir de la conciencia de temporalidad a la construcción de la identidad del yo psíquico (conducta y afectividad)

En este periodo los niños con hiperactividad responden con elevada reactividad a los estímulos auditivos, irritabilidad y resistencia a los cuidados cotidianos. En el segundo bienio se presenta una actividad motriz excesiva, que se acompaña de escasa conciencia de peligro y lo lleva a ser propenso a los accidentes. El lenguaje expresivo presenta rasgos de inmadurez.

Al comienzo de la preescolarización se advierten dificultades en la adaptación social, con imposibilidad en el seguimiento de las normas y marcada conducta de desobediencia. Durante la escolarización se destaca el estilo cognitivo irreflexivo, dado por la falta de control motriz y las dificultades que presentan en poder discriminar lo relevante de lo irrelevante. Las fluctuaciones atencionales conllevan por lo tanto a responder en el menor tiempo posible, con ansiedad y poca precisión a los estímulos que se le presenten. El objetivo es fundamentalmente responder lo antes posible, sin importar la exactitud de la respuesta. Las frustraciones y el fracaso son frecuentes, en algunos casos casi constantes, los que lleva a manifestaciones de agresividad, que a su vez retroalimentan la labilidad emocional y la baja autoestima.

¿Cómo juega aquí el rol de la figura paterna, o para ser más precisos la **función**

paterna? Hacemos esta diferencia ya que la presencia física de un padre no nos remite necesariamente a una función paterna ejercida, y por otro lado podemos pensar en que una madre o un sustituto puede instaurar la función paterna aún con ausencia física o psíquica de padre.

Así como las relaciones con la madre originan una estructura afectiva y modifican lo “límbico”, la función paterna, también desde las primeras experiencias son la posibilidad del mundo, de un Otro, del tercero. Es poder acceder años más tarde a la cultura y a la socialización. Es la posibilidad de una estructura psíquica y de una organización social. La función paterna instituye y su presencia ejerce a nivel del SNC las estimulaciones necesarias y suficientes para que la norma se instaure. Complementa las estimulaciones límbicas, actuando a partir de las proyecciones y retroproyecciones sobre el lóbulo frontal-prefrontal. Así como la función paterna es norma, es dadora de seguridad, por lo tanto limite fundador de la espera, de la reflexión y de las conductas sociales. En los niños con ADHD, más que con otros niños dado que el sistema neurobiótico presenta disfunciones, la función paterna cumple una doble empresa: ordenando el nivel estructural facilita nuevas disposiciones funcionales y estas a su vez, en una constante retroalimentación modifican lo estructural.

En cada caso será necesario ponderar esta función, para lograr instaurar a nivel neurobiótico, psíquico y en consecuencia socio-cognitivo las conexiones, estructuras y sistematizaciones pertinentes a nivel del funcionamiento, de la conducta y del aprendizaje escolar y social de los niños con ADHD.

Tabla 1.

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION POR HIPERACTIVIDAD

DSM IV 1995

A.- Puede considerarse para su diagnóstico item 1 o 2.-

DESATENCIÓN

1) seis (o más) de los siguientes síntomas de DESATENCIÓN han persistido durante por lo menos seis meses, con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

- a) Fracasa con frecuencia en prestar atención a detalles o comete errores por descuido en la tarea escolar, el trabajo u otras actividades.
- b) Frecuentemente tiene dificultad para mantener la atención en tareas o desarrollo de actividades lúdicas.
- c) Con frecuencia no parece escuchar lo que se le está diciendo.
- d) A menudo no cumple instrucciones y fracasa al realizar sus tareas escolares, domésticas u obligaciones en su lugar de trabajo (no debido a conductas de oposición o a dificultades para comprender las indicaciones).
- e) Con frecuencia tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita o le disgustan mucho las tareas escolares y domésticas que requieren un sostenido esfuerzo mental.
- g) Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades, (libros, lápices, herramientas, juguetes).
- h) Con frecuencia se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es olvidadizo y/o descuidado en sus actividades diarias.

2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad persistieron por lo menos seis meses, y provocaron mala adaptación e incoherente con el nivel de desarrollo.

HIPERACTIVIDAD: Con frecuencia muestra signos de inquietud con manos o pies, se retuerce en el asiento.

- a) b) Se levanta del asiento en clase o en otras situaciones en las cuales se espera que permanezca sentado.
- b) A menudo corre o trepa excesivamente en situaciones inapropiadas. Esta conducta en el adolescente o en adulto puede limitarse a sentimientos subjetivos de impaciencia.
- c) Frecuentemente tiene dificultad para jugar o conectarse con tranquilidad en
- d) dificultad para jugar o conectarse con tranquilidad en actividades recreativas
- e) A menudo "esta en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- f) A menudo habla en exceso.

IMPULSIVIDAD

- g) Con frecuencia responde abruptamente a preguntas antes de escucharlas en forma completa
- h) Tiene dificultad para esperar alineado o aguardar su turno en juegos o situaciones grupales.
- i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (conversaciones, juegos)

B.- Comienzo no posterior a los siete años de edad.

C.- Los síntomas deben presentarse en dos o más situaciones (casa, escuela, trabajo).

D.- La perturbación provoca clínicamente una angustia significativa o impedimento de su funcionamiento social, académico u ocupacional.

E.- No ocurre exclusivamente durante el curso de un trastorno de desarrollo difuso y profundo (PDD), esquizofrenia u otros trastornos psicológicos, y no concuerda con un trastorno de humor, de ansiedad, disociativo, o un trastorno de personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (1968) Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, 2^o edit. Washington DC Author
2. American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, 3^o edit. Washington DC Author.
3. American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, 3^o edit. Washington DC Author.

4. Barraquer Bordas, L.(1968) "Neurología Fundamental". Vol 1. Ed. Toraz S.A. Barcelona.
5. Barraquer Bordas, L.: (1995). El Sistema nervioso como un todo. La persona y su enfermedad. Barcelona. Paidós.
6. Berenstein , I (1992) Familia e inconsciente Bs. As Paidós
7. Chiozza, Luis (1986) Por qué enfermamos. Bs.As. Alianza
8. Clements , S. D. (1966) " Minimal Brain Dysfunction in children " N.I.N.D.S. monografía N° 3 U.S. Depart of Health, Education and Welfare.
9. Clementes, S. D. (1976) " Un nuevo enfoque de las dificultades para el aprendizaje " en Tamopol, L. Dificultades para el aprendizaje. Guía médica y pedagógica. La Prensa Médica Mexicana
10. Cuatrecasas J. (1965) El hombre animal óptico. Bs.As. Eudeba.
11. Ey, Henri Bernard, P. Brisset, Ch.: (1975) Tratado de Psiquiatría 7º edic. Barcelona Edit. Toray -Masson.
12. Ey, Henri. (1976) La conciencia. Madrid Edit. Gredos.
13. Fejerman N.; Medina C.: (1997) Neurología pediátrica. Bs .As.
14. Feldfogel, D; Zimerman, A.: (1981)El psiquismo del niño enfermo orgánico. Bs.As. Paidós.
15. Fenichel, Otto. (1966) Teoría psicoanalítica de la neurosis. Bs. As. Paidós.
16. Freud, S: (1968) Obras completas Barcelona. Ed. Biblioteca. Nueva.
17. Heidegger; M. (1980) El Ser y el tiempo. Bs. As. Fondo de Cultura económica .
18. Herrera Figueroa, M.: (1975) Vocablos intravitriales. Bs.As. Edit. Salerno.
19. Herrera Figueroa M.: (1980) Principios de Política. Bs.As. Leuka.
20. Laufer M. W. Denhoff, E. (1957) Hyperkinetic behavior syndrome in children" J. Pediatric. 50 : 464-474
21. Luria A. R. (1979) El cerebro en acción. Barcelona Fontanella.
22. Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los trastornos mentales. DSM IV (1995). Barcelona. Masson Ed.
23. Mas Colombo E. y otros (1991) Psicofisiología. Nociones clínicas.Bs. As. Santiago Rueda.
24. Mas Colombo E y Col. (1999) Clínica Psicofisiopatológica . ERRE EME Bs.As.
25. Orjales Villar I., Polaino Lorente (1992) Estilos cognitivos e hiperactividad infantil: Los constructos dependencia-independencia de campo perceptivo e impulsividad-reflexividad" Bordón Vol. 44 N ° 2 421-430
26. Pasamanik, D y otros: "Pregnancy experience and development of beahouver en children" American journal child psychology N° 20 326-337
27. Risueño. A. E. (1992). Introducción a las Neuropatologías y su relación con la enfermedad mental. Bs. As. Sgo. Rueda.
28. Risueño A. E. (1995, Junio) " Lo biótico como punto de partida del comportamiento intrivitrial " En "I Congreso Triversitario". Bs. As. Argentina.
29. Risueño Alicia.E. (1998) Neuropsicopatología. Ed. Palas Athenea.
30. Risueño Alicia. E. (2000) " Neuropsicología Cerebro, Psique y Cognición Erre EME Bs.As.
31. Risueño Alicia, E. (1999) Cáp. 3,. 8 en Mas Colombo E y Col. (1999) Clínica Psicofisiopatológica . ERRE EME Bs.As.
32. Risueño A.E., Motta I. (2001) Neuropsicología e Informática de la teoría a la clínica. XXVIII Congreso Interamericano de Psicología Santiago. Chile.
33. Rof Carballo, J.: (1961) Urdimbre afectiva y enfermedad. Ed. Labor Barcelona
34. Strauss, A. y Cols (1964) Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral Eudeba Buenos Aires
35. Sneyers; Ana (1979) Problemática de la disfunción cerebral mínima. Barcelona Fontanella.
36. Werry, J.S : (1968) Developmental Hyperactivity" Pediatr. Clin, N.Am 14 581,

* La autora es Licenciada en Psicología (UBA) y en Psicopedagogía (UJFK), ha realizado estudios de doctorado y se ha especializado en neuropsicología. Investigadora en psicología educacional y clínica desde ópticas neuropsicológicas, lo que la ha llevado a presentaciones nacionales e internacionales y a un permanente intercambio con Universidades españolas e Instituciones americanas y europeas.

Profesora asociada del dto. de Biología Area Humanística de la Universidad JF Kennedy. Ex jefa de tp. de la UBA. Profesora invitada a la U. Complutense de Madrid .Secretaria académica del Instituto Salamanca. Autora de numerosas publicaciones y libros. Secretaria Editorial revista AACIP Presidenta de Sociedad Argentina de Biopsicopedagogía, Secretaria general de la Asociación Argentina de Ciencias Psicofisiológicas, Vocal de la Asociación de Escritores Argentinos, (ADEA) Vocal de la Sociedad Argentina de Psicología y miembro de la neurored . Miembro de SIP y de otras Instituciones Nacionales e internacionales.
Directora asistencial del CEDEP