



## TERAPIA BREVE SISTÉMICA Y RETROALIMENTACIÓN ENERGÉTICA EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: UN ESTUDIO DE CASO

Jaime Montalvo Reyna<sup>1</sup>, Nalleli María Cedillo Morales<sup>2</sup>, María Guadalupe  
Hernández Cruz<sup>3</sup>

Facultad de Estudios Profesionales Iztacala  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Angélica Pérez Arredondo<sup>4</sup>  
Instituto Familiar Sistémico

### RESUMEN

En el presente trabajo se tuvo el objetivo de probar los efectos de la aplicación de un sistema de equilibrio energético (LIFE System) en un niño con problemas de Déficit de Atención (DA), la hipótesis que se planteó fue que el sistema provocaría cuando menos un pequeño cambio en el grado del DA, asimismo también se aplicaron algunas estrategias de la terapia breve sistémica como la retroalimentación estructural familiar a la familia del niño todo lo cual se correlacionó con una modificación en variables tales como la disfuncionalidad familiar, el Bienestar psicológico Individual, de pareja y familiar en los padres del niño. Los resultados indican que es posible sugerir que las estrategias empleadas con esta familia pueden ser útiles en casos similares con la debida adecuación de las intervenciones a cada caso particular.

Palabras clave: Terapia breve sistémica, equilibrio energético, retroalimentación

<sup>1</sup> Profr. Titular "B" Definitivo de tiempo completo en el Área de Psicología Clínica de la FES Iztacala. Correo Electrónico: [mrj@servidor.unam.mx](mailto:mrj@servidor.unam.mx)

<sup>2</sup> Alumna de la Maestría en Terapia Familiar, FES Iztacala. Correo Electrónico: [nalleli-maria@hotmail.com](mailto:nalleli-maria@hotmail.com)

<sup>3</sup> Alumna de la Maestría en Terapia Familiar, FES Iztacala. Correo Electrónico: [lupis\\_hc@hotmail.com](mailto:lupis_hc@hotmail.com)

<sup>4</sup> Profesora del Instituto Familiar Sistémico. Correo Electrónico: [angelicap@infasi.com.mx](mailto:angelicap@infasi.com.mx)

Investigación apoyada por el PAPIME Proyecto PE 306209 de la DGAPA UNAM

estructural familiar, déficit de atención, disfuncionalidad familiar.

#### ABSTRACT

The purpose of the present report was to test the effects of implementing a system of energy balance (LIFE System) in a child with Attention Deficit (AD), the hypothesis raised was that the system would cause the least a small change in the degree of DA, also were implemented some brief therapy strategies such as family structural feedback to the child's family all of which correlated with a change in variables such as family dysfunctionality, psychological Individual, couple and family Welfare, in the child's parents. The results indicate that it is possible to suggest that the strategies employed by this family may be useful in similar cases with the necessary adaptation of interventions in each particular case.

Key Words: Sistemic Brief Therapy, Energy balance, structural family feedback, Attention deficit, family dysfunctionality.

#### INTRODUCCIÓN

##### *Trastorno por Déficit de Atención*

El Trastorno por Déficit de Atención, se inscribe en el grupo de los denominados *trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia* y, en particular, en la clase de *trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador*. En virtud de lo anterior, el TDAH es una entidad que remite a un trastorno. En términos generales, y en consistencia con el modelo conceptual del manual DSM-IV, el término "trastorno" apunta a definir un patrón comportamental de significación clínica asociado con un malestar, un impedimento o un riesgo significativamente aumentado de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Los rasgos principales del TDAH son, por una parte, la dificultad para sostener la concentración (*déficit de atención*), sobre todo en circunstancias que ofrecen baja estimulación y, por otra, la falta de inhibición o control

cognitivo sobre los impulsos, frecuentemente asociadas con inquietud motora (*hiperactividad-impulsividad*). Estos dos conjuntos de signos pueden aparecer por separado o combinados.

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV para el Trastorno por déficit de atención es la presentación de 6 (o más) de los siguientes síntomas de desatención que han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

- a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

El CIE-10 presenta una caracterización similar del TDA sin embargo contempla el diagnóstico diferencial del TDA o TDAH del Trastorno hiperactivo asociado a trastorno disocial.

Parecería entonces que el TDA es un trastorno en términos comportamentales, sin embargo Brown (2000) lo define como que es una afección neurobiológica, que afecta a alrededor del 3 a 7 por ciento de la población. En la mayoría de los casos, se piensa que el TDA/H es heredado, y tiende a darse en algunas familias más que en otras. El TDA/H es una afección de por vida que afecta a niños, adolescentes y adultos de todas las edades. Afecta tanto a hombres como a mujeres, y a personas de todas las razas y características culturales. Es decir, incluye a la discusión sobre la definición del TDA dos nuevos componentes el biológico y el genético. Entre los síntomas y problemas comunes de vivir con TDA/H se encuentran:

- Falta de atención y facilidad excesiva de distracción
- Inquietud física o hiperactividad
- Impulsividad excesiva; decir o hacer cosas sin pensar
- Postergar cosas de manera excesiva y crónica
- Dificultad para comenzar a hacer tareas
- Dificultad para completar tareas
- Perder cosas con frecuencia
- Falta de habilidades de organización, planificación y gestión del tiempo
- Olvido excesivo

No todas las personas que padecen TDA muestran todos los síntomas, ni tampoco toda persona con TDA experimenta los síntomas con el mismo nivel de gravedad o discapacidad; lo cual resulta en impedimentos significativos para su diagnóstico oportuno.

No existe hasta este momento una conceptualización universalmente aceptada sobre el TDA, a pesar de compartir criterios más o menos

uniformes a nivel conductual en instrumentos diagnósticos tales como el DSM-IV y el CIE-10.

En esta línea del diagnóstico, entonces podemos predecir que tampoco existirá un método universalmente aceptado que nos permitiera un diagnóstico oportuno, el CIE-10 presenta algunas pautas para ello, estas son:

“El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva). Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado (CIE-10)”

Si bien estas pautas diagnósticas, caracterizan el comportamiento aluden a las no diferencias significativas para el déficit de atención en niveles sensoriales y perceptivos, entonces dada la imprecisión entre los componentes orgánicos y conductuales cómo podría llegarse a ese diagnóstico.

En los últimos años, este campo ha sido abordado en múltiples investigaciones aplicadas alrededor del mundo, por ejemplo el National Resource Center on AD and HD en E.U.A. a través del Programa CHADD; desarrolló una escala llamada WWK18 (We What Know 18) para el diagnóstico del déficit de atención en adultos, en esta escala se elaboraron una serie de preguntas derivadas de la clasificación del DSM-IV, puesto que desde esta posición es considerado el TDA como una disfunción neurobiológica que según la OMS es muy común y afecta del 5 al 8 % de niños en edad escolar, y los síntomas permanecen en la edad adulta hasta en el 60% de los casos, sin embargo identificaron que existen una serie de

condiciones biológicas y psicológicas, tales como la ansiedad, depresión y ciertos tipos de trastornos del aprendizaje; que podrían contribuir a que un sujeto presente conductas similares a los síntomas del trastorno por déficit de atención, por ello concluyen que el WWK18 no es por sí solo un instrumento diagnóstico, porque para ello primero sería necesario establecer un criterio que prevea la presencia o ausencia de la co-existencia de otras condiciones.

Compains, J., Alvarez M.J., Royo, J. (2002) partiendo de una conceptualización del TDA similar a la del estudio anterior intentaron diagnosticar, tratar y pronosticar el curso del TDA con o sin Hiperactividad, en niños en edad escolar; en la investigación se expone la experiencia con estos niños en dos consultas en el servicio de pediatría en el primer nivel de atención médica. Dentro de los hallazgos sobresale que el diagnóstico parte de un estudio neurológico detallado y una exploración física completa, sin embargo concluyen en la necesidad de utilizar otras pruebas complementarias que permitan realizar un diagnóstico diferencial del trastorno, sin embargo no se cuenta con este tipo de instrumentos.

Como parte de esta misma investigación se realizó un tratamiento multidisciplinario, médico, psicológico y pedagógico. El tratamiento médico se enfocó al uso farmacológico de psicoestimulantes en estos niños tratando de reducir los efectos colaterales; el tratamiento psicológico se realizó a través de un programa de modificación de conducta, sin embargo apuntan la importancia del trabajo con las familias y el tipo de relación que establecen los padres con sus hijos con TDA-H; por último el tratamiento pedagógico fue enlazado a la oficina de servicios educativos que permitió el seguimiento de los pacientes. Concluyeron que a pesar de la información con la que se cuenta sobre el TDA quizá una importante limitación es las deficiencias que permitan hacer un diagnóstico diferencial.

Nekane Balluerka y Juana Gómez (2000) compararon la validez de una escala de diagnóstico del TDA basado en los criterios del DSM-IV creado en

el idioma inglés y validado en población hablante de esa lengua. Con la misma escala en la traducción al español en sujetos hispanohablantes para ello aplicaron una escala para TDA-H a 1303 sujetos adultos con el fin de comparar sus propiedades psicométricas inferidas a partir de los puntajes obtenidos, en dos muestras, una americana con 865 sujetos y una muestra española con 338 sujetos. En el análisis de los datos comprobaron la fiabilidad de ambas versiones lingüísticas de la escala, sin embargo proponen la creación de una escala similar para el diagnóstico del trastorno en niños.

En México, los trabajos de investigación sobre el TDA han sido realizados con una tendencia médica enfocada a la evaluación de los tratamientos farmacológicos, sin embargo Ortiz (2007) en una tesis de doctorado UNAM hace una contribución que consideramos sumamente relevante al desarrollar un instrumento para el diagnóstico del TDA creado y validado en población infantil en edad escolar mexicana, dicha escala es llamada ESAN (Escala para la Auto identificación de síntomas de TDA/TDAH para Niños y Niñas en Edad Escolar) el cual se caracteriza por ser breve y de lenguaje sencillo. Por lo mismo hemos decidido utilizar este instrumento en la presente investigación.

### *L.I.F.E. SYSTEM*

Proponemos en esta investigación el uso para fines diagnóstico y de tratamiento el *LIFE System* éste es un sistema creado por un médico homeópata americano (Chris Kesser), el sistema LIFE es capaz de escanear y evaluar el desequilibrio bioenergético del cuerpo y además contribuye a balancearlo. Le proporciona al cuerpo la información y la energía necesaria para que el cuerpo se repare a sí mismo. Este Sistema de Medicina Quántica y Energética nos da la capacidad de encontrar a nivel subconsciente las razones que provocaron el desequilibrio energético que se transforma en una enfermedad o problema psicológico. El Sistema L.I.F.E es uno de los

primeros en su clase donde se utiliza el enfoque de “Doble Testigo Ciego”. Al efectuar el escaneo a nivel del subconsciente solamente el Sistema L.I.F.E interactúa sobre los miles de puntos del cuerpo que están siendo escaneados y evaluados. Ni el operador de Sistema, ni el cliente pueden influir en el escaneo. El sistema cuenta con 33 programas diferentes de los cuales sólo se aplicaron 7 al niño que participó en este trabajo.

Según el creador del sistema LIFE el equilibrio energético también puede conducir a una reducción del nivel de estrés con el que llega la persona.

Según la OMS entre el 5 y 8% de la población en edad escolar padecen el trastorno por déficit de atención (TDA) sin embargo, el panorama sobre el diagnóstico y tratamiento del TDA puede parecer confuso, dado que no existe un concepto global, universalmente aceptado y válido que pueda generar un diagnóstico diferencial de otros trastornos o patologías comórbidas, por ello al surgir alternativas que permitan el diagnóstico pero sobre todo el tratamiento sería importante evaluar la validez de lo anterior por la incidencia en la calidad de vida de quien lo padece por ello el objetivo de este trabajo fue evaluar la intervención combinada del sistema LIFE y la terapia Breve Estructural en un niño en edad escolar prediagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención. Ya que es necesaria la introducción de nuevas herramientas tecnológicas que permitan realizar un trabajo más eficiente en el sentido en que nos permitan cubrir las necesidades de la población en el menor tiempo posible ya que nos encontramos en un escenario dinámico y cada vez más acelerado.



## PROPUESTA PARA EL TRATAMIENTO DEL TDA (Estudio de un caso)

### MÉTODO

#### Datos Generales

#### Ficha del paciente identificado con TDA

- Femenino
- 11 años
- Cursando 6 grado de primaria en escuela pública
- Habitante de la zona conurbada del Estado de México
- Estatus socioeconómico medio

#### **Definición de la queja**

• La familia Pérez Martínez<sup>5</sup> acude a sesión, ya que la maestra de primaria solicitó que acudieran a buscar ayuda psicológica por el TDA que presentaba la niña (hija menor)

• La madre acude convencida que necesita apoyo para su hija, puesto que ella ya había identificado comportamientos en su hija que coinciden con los de los niños TDA información que extrajo del DSM-IV desde que ésta cursaba 3ro de primaria, acudió a un grupo de auto apoyo para padres con hijos TDA en Aguascalientes en esa época.

#### **Escenario**

Tanto la evaluación como el tratamiento se llevó cabo en los cubículos de la clínica INFASI, ubicada en Satélite, Naucalpan Estado de México.

#### **Instrumentos**

*L.I.F.E. system* consta de una caja metálica pequeña conectada a cinco arneses y una resistencia metálica, uno utilizado en la cabeza de los sujetos,

---

<sup>5</sup> Los apellidos de la familia han sido cambiados para preservar la confidencialidad de los mismos, de ahora en adelante nos referiremos a las integrantes de la familia como madre, hija mayor o primera, hija menor, segunda o paciente identificada con TDA.

dos para las muñecas de las manos y dos para los tobillos, la resistencia es introducida dentro de una botella de agua y está conectado a un ordenador que ejecuta el software del instrumento.

*ESAN* Escala para la Auto identificación de síntomas de TDA/TDAH para Niños y Niñas en Edad Escolar (Ortiz, 2007). La escala consta de 34 reactivos en escala likert.

*Guía de entrevista para identificar la estructura familiar* (Montalvo y Soria, 2007) evalúa ocho áreas de la estructura familiar a través de preguntas abiertas dirigidas a un informante, la cual se aplicó a los padres de familia.

### **Procedimiento:**

Se realizó un estudio de caso que se llevó a cabo durante cuatro sesiones en las que se realizaron una fase diagnóstica, una fase de intervención y una evaluación continua.

### **FASE DIAGNÓSTICA.**

El diagnóstico se llevó a cabo durante la primera sesión, aplicando los siguientes instrumentos de evaluación.

- Aplicación de la prueba ADHDT a la madre
- Aplicación de la escala ESAN a la hija menor, paciente identificado con TDA
- Preguntas de Escala sobre Bienestar Psicológico tanto a madre como a la paciente identificada con TDA
- Aplicación de la prueba de CEREBRO del L.I.F.E. System a la paciente identificada con TDA
- Entrevista para la identificación de la estructura familiar a la madre

## RESULTADOS

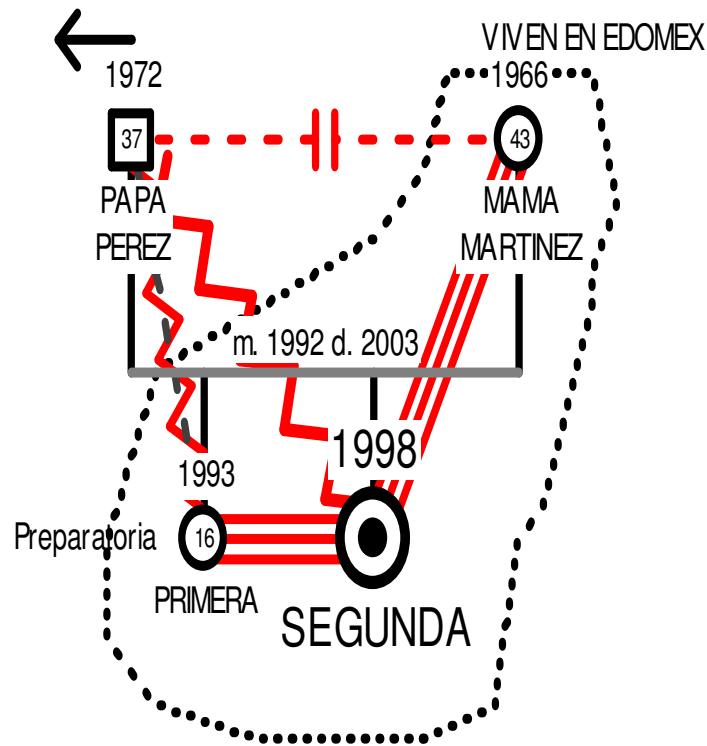
### RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA ADHDT

Los resultados indican que el diagnóstico de TDA está presente de acuerdo con el reporte de la madre, sobresaliendo el puntaje alto de la subprueba de inatención.

### RESULTADOS SOBRE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

En la entrevista para identificar la estructura familiar que se realizó a la madre, se pudieron identificar los siguientes elementos en la familia en el cuadro 1 se puede observar el familiograma.

- Periferia del padre
- Sobreinvolucramiento de la madre y la hermana mayor hacia la paciente identificada
- Relaciones hostiles de las hijas hacia el padre
- Centralidad Negativa en la hija menor (paciente identificada)
- Coalición esporádica entre Mamá y Hermana mayor contra la hija menor
- Alianza entre hermanas
- Separación y divorcio de los padres
- Centralidad Positiva en la hija mayor
- Límites difusos al interior de la familia
- Límites claros al exterior de la familia
- Jerarquía en la madre



Cuadro 1. Familiograma

### FASE DE INTERVENCIÓN

La fase de intervención implicó la retroalimentación energética y la técnica de retroalimentación estructural familiar (REF) Montalvo (2009), llevada a cabo de la primera a la cuarta sesión con la paciente identificada que se trabajó con la madre, evidenciando los elementos disfuncionales encontrados en la estructura familiar de los Pérez Martínez, haciendo sugerencias sobre elementos a modificar. En la tabla 1 se pueden apreciar las puntuaciones obtenidas y el porcentaje de retroalimentación por sesión.

	1era aplicación	2da aplicación	3era aplicación	4ta aplicación
<b>Cerebro DA</b>	94	35	71	35
<b>Cerebro DAH</b>	36	58	87	59
<b>Rectificación %</b>	89%	75%	99%	90%

Tabla 1. Muestra los porcentajes de retroalimentación energética aplicados a la paciente identificada con TDA.

Al finalizar el proceso de intervención se aplicaron los mismos instrumentos que en la primera sesión, obteniendo como resultado puntuaciones negativas para el diagnóstico de TDA, lo que se traduce en un cambio significativo como resultado de la intervención.

En las tablas 2, 3 y 4 se observan las puntuaciones iniciales y finales que arrojan la prueba ADHDT; la escala ESAN y la prueba de cerebro respectivamente.

SUBPRUEBAS	PRIMERA APLICACIÓN	SEGUNDA APLICACIÓN
<b>HIPERACTIVIDAD</b>	14	8
<b>IMPULSIVIDAD</b>	20	17
<b>INATENCION</b>	26	23

Tabla 2, muestra los resultados iniciales y finales de la prueba ADHDT aplicada a la madre

	<b>PRIMERA APLICACIÓN</b>	<b>SEGUNDA APLICACIÓN</b>
<b>PUNTUACION TOTAL</b>	68	57
<b>P. TRASTORNO DE CONDUCTA</b>	24	24
<b>P. DEFICIT DE ATENCION</b>	29	21
<b>P. HIPERACTIVIDAD</b>	15	12

Tabla 3, muestra los resultados iniciales y finales de la escala ESAN aplicada a la paciente identificada

	<b>1era aplicación</b>	<b>4ta aplicación</b>
<b>Cerebro DA</b>	94	<b>35</b>
<b>Cerebro DAH</b>	36	<b>59</b>

Tabla 4, muestra los resultados iniciales y finales de la prueba de cerebro del L.I.F.E. SYSTEM aplicada a la paciente identificada

Respecto a las escalas de bienestar psicológico aplicadas tanto a la madre como la hija menor, se observa que las puntuaciones se elevan de la primera a la cuarta sesión corroborando los resultados que brinda la evaluación con las pruebas anteriormente descrito, dichos resultados se pueden observar en las tablas 5 y 6.

	<b>SESIÓN 1</b>	<b>SESIÓN 4</b>
<b>EBP Personal</b>	9	9
<b>EBP Familiar</b>	8	9
<b>EBP del Hijo</b>	7.5	9

Tabla 5. Escalas de Bienestar Psicológico aplicadas a la madre

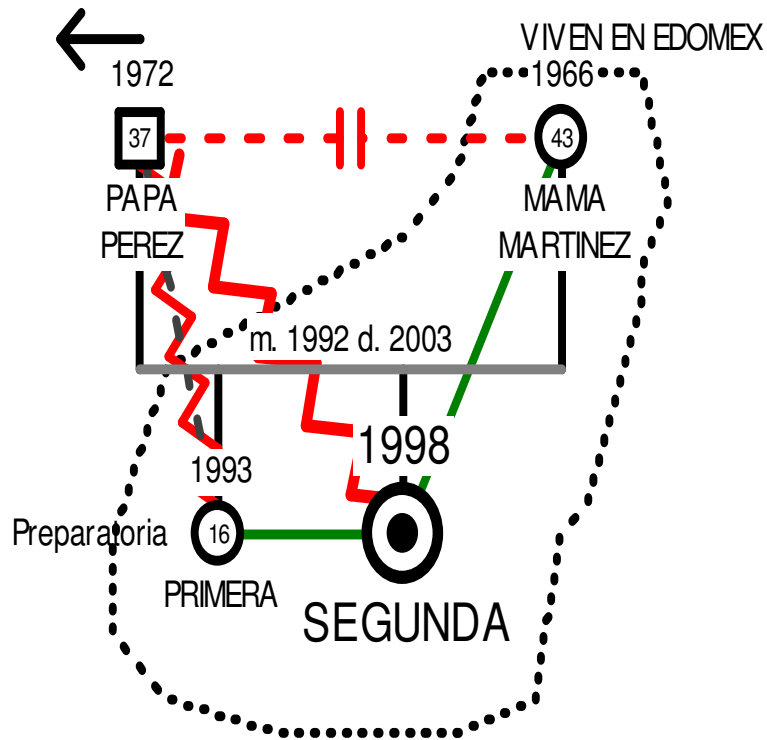
	<b>SESIÓN 1</b>	<b>SESIÓN 4</b>
<b>EBP Personal</b>	7	8
<b>EBP Familiar</b>	8	9
<b>EBP en la Escuela</b>	6	8

Tabla 6. Escalas de Bienestar Psicológico aplicadas a la paciente identificada con TDA

La estructura familiar es otra variable que se modificó después de la intervención, se identificaron los siguientes cambios dentro del sistema familiar:

- Establecimiento de límites claros al interior del sistema
- Desaparición de la centralidad negativa de la paciente identificada
- Desaparición del sobreinvolucramiento de la madre y la hija mayor hacia la paciente identificada con TDA

La familia Pérez Martínez reporta los cambios en la estructura familiar como positivos. En el cuadro 2 se observa la imagen del familiograma después de la intervención.



Cuadro 2. Familiograma después de la intervención

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la presente investigación son una muestra de la eficacia de la aplicación de un tratamiento integral que implica tratar al paciente identificado con una herramienta facilitadora de los cambios como es el L.I.F.E. SYSTEM y a la familia como un sistema total con la terapia sistémica breve.

Lo anterior se puede comprobar con la comparación de las puntuaciones de las pruebas ADHDT y ESAN donde observa una disminución en las puntuaciones que evalúan Déficit de Atención; lo cual significa que tanto la madre como la paciente identificada perciben cambios respecto a los síntomas reportados. La disminución de las puntuaciones en la



prueba de cerebro del L.I.F.E. System es un indicador externo del cambio que ocurrió.

Esta perspectiva permite concebir al TDA como un padecimiento sintomático de la familia que puede ser modificado con una intervención breve dirigida a la familia pues ésta es entendida como un sistema abierto dinámico y tendiente al cambio.

La modificación de la estructura familiar es un indicador de que se ha interactuado con el sistema de tal manera que ha ocurrido un cambio de tipo dos, es decir que las reglas del sistema familiar han sido modificadas, relacionándose esto con la desaparición del síntoma familiar que era en TDA de la hija menor.

Actualmente existe la discusión sobre la consolidación del cambio, pues el objetivo de la investigación aplicada en un contexto clínico también consiste en resolver los problemas de los consultantes, para lo cual en un futuro se llevará a cabo el seguimiento de la familia respecto a la permanencia y consolidación del cambio y la mejoría que la familia reporta en la última sesión.

## Referencias bibliográficas

- Avilés, C. L. (2000). **Desorden de déficit de atención DDAH: herramientas prácticas para maestros, padres y estudiantes**. Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Barkley, R. A., (1982) **Niños Hiperactivos**. Argentina: Paidós.
- Brown, T.E. (2000). **Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults**. Washington, DC: American Psychiatric Press
- Chess, S. (1963). Diagnosis and treatment of the hyperactive child. Estados Unidos **New York State Journal of Medicine**.
- Clasificación Internacional de Enfermedades – 10ª revisión.
- Compains, J., Alvarez M.J., Royo, J. (2002) El niño con trastorno por déficit de atención – hiperactividad. Abordaje terapéutico multidisciplinar. **Boletín de Pediatría de Sis. San Navarra**. N. 25, supl.2 pág. 93-108.
- Davison, G. y Neale, J. (2003). **Psicología de la conducta anormal**. México: Limusa
- Douglas, V. I. (1972). Stop, look, and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. **Canadian Journal of Behavioral Sciences**.
- Joselevich, E., De Quiros, G. B., Giusti, E., Heydl, P., et al. (2000). **Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (A.D./H.D.) en niños, adolescentes y adultos**. Argentina: Paidós
- Joselevich, E., De Quiros, G. B., Moyano, M. B. y Scandar, R. O. (2003). **ADHD, Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad – Qué es, qué hacer. Recomendación para los padres**. Argentina: Paidós
- L.I.F.E. System, Manual de capacitación y uso
- Laufer, M. W. & Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic impulse disorder in children. **Journal of Pediatrics**. [ScienceDirect](https://doi.org/10.1016/S0022-3466(57)70000-0)
- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). **DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado**. Barcelona: Masson.

Montalvo R. J. (2009) **Terapia Familiar Breve**. México. Editorial Trillas.

National Resource Center on AD and HD (EUA)

Nekane Balluerka, Juana Gómez. Comparación de los resultados obtenidos en una escala de TDA-H en una muestra americana y una muestra española de adultos. 2000. Universidad de Barcelona. **Psicotema. 2**, (22) 64-68

Quiñones, A. J. (2002). **Necesidades y conocimientos de las madres de niños/as con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, económicamente desventajadas**. ProQuest database.

Safer, D. J. (1979). **Niños hiperactivos: diagnóstico y tratamiento**. España: Santillana

Still (1902) Still, G. F. (1902) **Some abnormal psychical conditions in children**. Inglaterra: Lancet.

Strauss, A. A. y Lehtinen, L.E. (1947). **Psychopathology and education of the brain-injured child**. Estados Unidos: Grune & Stratton.