

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, vías para la atención educativa oportuna

Disorders caused by lack of attention and hyperactivity, way for the accurate educative attention

Yulieskys Rodríguez-Gutiérrez

yulieskis84@nauta.cu

Policlínico Centro Antonio Maceo, Ciego de Ávila, Cuba.

Yakelin Arnaiz-Páez

yarmaizpaez@nauta.cu

Escuela Especial Águedo Morales, Ciego de Ávila, Cuba.

Resumen

En el artículo se exponen aspectos relacionados con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad durante la infancia, centrándose específicamente en la evolución histórica del concepto, concepciones actuales, principales características, así como la etiología y tratamiento actual. Se abordan además, las vías para el adecuado manejo educativo de estos menores, el papel de las agencias socializadoras responsables de la prevención y tratamiento oportuno a dicha entidad, así como la importancia de un diagnóstico objetivo con especialistas preparados en el campo de las ciencias médicas y en el campo educativo, favoreciendo una atención intencionada y pertinente a esta necesidad educativa donde la comisión de apoyo al diagnóstico de la escuela especial desempeñe su labor como centro de recursos y apoyo.

Palabras clave: educación especial, escuela especial, etiología, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Abstract

Through this article, the main aspects related to disorders in lack of attention and hyperactivity during infancy are shown, focusing specifically on the historical evolution of the concept, current definitions, outstanding characteristics, also the etiology and the recent treatment. Moreover it deals with different ways to handle the right educational process of children, the role of the society (the family, the school), as the responsible factors in the prevention and treatment of such disorders as well as the importance of an objective diagnosis with medically and educationally-

trained specialists to favor an intentionally and pertinent attention to this educative need assisted by the diagnosis group of specialists from the special school as a center of resources and support.

Key words: disorders caused by lack of attention and hyperactivity (TDAH), etiology, special educational need, special school

Introducción

En la actualidad el primer indicador de calidad de vida y de desarrollo lo constituye el nivel de prevención primaria. Toda labor encaminada a perfeccionar este sistema de acciones constituye una prioridad en el desarrollo social y científico de Cuba. A pesar de los esfuerzos del estado cubano por elevar la calidad de vida y la educación de nuestros niños y sus familias, el trabajo multidisciplinario en los sistemas de salud y educación tiene el reto de ser óptimo (Fernández, 2006).

La detección lo más tempranamente posible de niños con necesidades educativas especiales, asociadas o no a discapacidades y/o a factores de riesgo, así como la orientación oportuna y calificada a todos los componentes del sistema de influencias, se continúa perfeccionando para garantizar la estimulación del desarrollo integral desde las edades iniciales. Los diseños existentes deben satisfacer plenamente la detección y seguimiento como un sistema continuo y coherente lo que precisa de la actualización científica de todos los agentes educativos.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los problemas actuales de la Educación Especial, pues a pesar de los logros alcanzados en el campo educativo e investigativo, se precisa en las escuelas de profesionales mejor preparados para la prevención, el diagnóstico y la atención a estos casos. Además la preparación de las familias no siempre posibilita la detección oportuna, el estado emocional de los padres limita la continuidad de las acciones y recomendaciones que ofrecen los especialistas de salud y educación, por lo que requieren de acompañamiento, orientación y seguimiento para el manejo educativo de sus hijos.

La familia es un espacio vital para los seres humanos y es en el seno familiar donde se crean tempranamente los principales modelos educativos y de socialización. Debe brindársele a la familia un lugar priorizado, con especial atención por su carácter humano, a aquellas que educan y atienden a niños con necesidades educativas especiales y específicamente las relacionadas con

trastornos emocionales y de la conducta. Estas familias constituyen un contexto mucho más complejo debido al impacto que en el plano afectivo pudiera incidir (Gómez, 2007).

El tratamiento y manejo de un niño o adolescente que sufre de un TDAH, constituye un desafío para cada familia, muchas veces habituadas a escuchar de otras personas expresiones desagradables acerca de sus hijos, e incluso en no pocos casos un rechazo abierto, lo cual provoca que su cuidado requiera de un gran esfuerzo y los miembros a cargo de la tutela del menor, padezcan de episodios depresivos.

El TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes; se inicia en la infancia y continúa en la adolescencia; tiene validez transcultural, habiéndose estudiado en países de culturas diferentes (Alemania, China, EE.UU, India, Nueva Zelanda, entre otros). En el mundo esta entidad ha ido en ascenso. En Cuba, valiosos estudios científicos abordan el tema desde el punto de vista clínico (Martín, 2000; Francia & Thompson, 2006; Torres & Prego, 2013); desde el punto de vista educativo Batista (2012) y Monal (2016), ofrecen pautas para la atención educativa tanto desde los centros de salud, como sugerencias para el trabajo docente y familiar.

Se considera que el proceso de orientación a la familia de niños con TDAH tiene una importancia primordial, no solo para establecer lazos afectivos, sino, esencialmente para garantizar la calidad de vida de sus hijos, prepararlos para enfrentar cada contexto de actuación y lograr la socialización, aceptación e integración, lo que demanda de profesionales altamente calificados que preparen, asesoren y rectifiquen los métodos y procedimientos más oportunos y eficaces desde una perspectiva preventiva.

Dentro de este proceso de orientación familiar, consideración especial merece la preparación de cada miembro de la familia para ofrecer a sus hijos con TDAH un entorno suficientemente estructurado que permita la máxima autonomía, autocontrol y a la vez minimice aquellas condiciones que los induzcan a tener conductas inapropiadas y los predispongan a la impulsividad, se debe lograr un entrenamiento en las habilidades sociales que favorezcan la adopción de normas y comportamientos, manteniendo la misma línea interventiva tanto en la familia, como en la escuela y la comunidad.

El propósito de este trabajo es fundamentar la educabilidad del niño con TDAH desde el contexto familiar; a este fin, se ofrecen los resultados de una revisión bibliográfica en torno a la evolución

histórica del concepto, concepciones actuales, principales características, así como la etiología y el tratamiento actual.

Desarrollo

El TDAH, es un trastorno comportamental de inicio en la infancia que se ha descrito desde la antigüedad. Su concepto ha tenido una larga trayectoria, desde los primeros escritos sobre el tema realizados en el siglo XVIII, sumándosele a estos los hallazgos realizados por diferentes autores a lo largo de los años (Montañez, 2014).

A partir del estudio realizado por Montañez (2014) y a modo de sistematización para este trabajo, se han identificado coincidencias entre diversos autores al caracterizar el trastorno: dificultades para atender con la constancia adecuada, distractibilidad, necesidades de movimiento de manera constante, déficit en la inhibición conductual, impulsividad, cambios bruscos en el estado de ánimo, entre otros. Se debe señalar que algunos de ellos atribuían estos síntomas a un importante déficit a nivel cognitivo, alteraciones neurológicas o alguna disfunción cerebral. Sin embargo otros autores asocian las dificultades escolares precisamente a las dificultades en la atención y demás síntomas antes mencionados, y no necesariamente a un déficit intelectual.

La autora del presente artículo concuerda con los autores que no le atribuyen el déficit de atención, la hiperactividad, la impulsividad y demás síntomas descritos a un déficit intelectual, puesto que las personas que padecen de lo que hoy se conoce como TDAH, no tienen que tener comprometido el coeficiente intelectual. Se coincide con Montañez (2014) cuando expresa que los inicios de la configuración del concepto comenzaron a partir del siglo XVIII, pero solo hasta principios del siglo XX no comenzó a constituirse como una entidad clínica.

El conocimiento de la evolución histórica del concepto, favorece a los profesionales del siglo actual a darle continuidad a las investigaciones realizadas, centrándose en los síntomas cardinales del trastorno y sus manifestaciones en las áreas (escolar, familiar y social), en la etiología, su evaluación, diagnóstico, y en perfeccionar los modos de actuación tanto por el profesional como por parte de la familia, con el fin de lograr en el menor que padece de TDAH, un desarrollo psicosocial lo más adecuado posible para su edad.

En la actualidad, las dos clasificaciones de los trastornos mentales más ampliamente utilizadas son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la

Salud (OMS), la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) y la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición texto revisado (DSM-IV-TR); ambas describen el TDAH, con algunas variaciones sobre los criterios exigidos para el diagnóstico.

La CIE-10 contempla dentro de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, los llamados *Trastornos Hiperkinéticos*, junto con los *Trastornos Disociales* y los *Trastornos Disociales* y de las *Emociones Mixtos*. Los trastornos hiperkinéticos, en la CIE como F90, son un grupo de trastornos caracterizados por:

- Comienzo temprano (por lo general durante los cinco primeros años de la vida).
- Combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo.
- Falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos.
- Tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva.
- Las dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.
- Descuidados e impulsivos, propensos a accidentes.
- Plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas, por una falta de premeditación.
- Su relación social con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales.
- Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados.
- Frecuente presencia de un déficit cognoscitivo y retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.
- Acompañan frecuentemente problemas de lectura o del aprendizaje.

Esta clasificación (CIE-10) requiere que el paciente presente al menos seis síntomas de inatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad que provoquen disfunción en al menos dos ambientes; por ello, se trata de un síndrome más severo y menos frecuente que el definido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición DSM-IV (es más difícil cumplir criterios del CIE-10 que del DSM-IV). Por lo tanto, utilizando los criterios diagnósticos de la CIE-10, un niño con síntomas severos de inatención, pero sin síntomas de hiperactividad o impulsividad, no recibiría el diagnóstico de TDAH, quedando de esa manera sin detectar.

Este trastorno se presenta al inicio de la infancia y puede manifestarse hasta la edad adulta, las características específicas de este trastorno como son la inatención, hiperactividad e impulsividad (Biederman & Faraone, 2005) así como la comorbilidad que presenta con otros trastornos, conllevan importantes consecuencias sobre la vida social, familiar y escolar de los niños que lo padecen.

La autora asume la definición que ofrece la APA (1995) sobre el TDAH: “un patrón persistente de comportamientos que reflejan desatención y desinhibición conductual (impulsividad e hiperactividad) y que resulta desadaptativo en relación con el nivel de desarrollo del niño. Estos síntomas se pueden observar en el funcionamiento del niño en al menos dos ambientes distintos”; según APA (1995) existen varios subtipos de TDAH, en dependencia del predominio de la desatención y la hiperactividad:

Combinado: El tipo combinado es el más frecuente, en el cual se dan síntomas tanto de inatención, como de hiperactividad.

Hiperactivo: Cumple solo con los criterios de hiperactividad. Es el tipo menos frecuente de TDAH.

De atención: Sólo presentan inatención. Estos niños no se mueven mucho, no molestan en clase ni hablan demasiado, pero les cuesta mucho rendir académicamente o desarrollar funciones que les corresponde a su edad y en cualquier ámbito. Estos síntomas se manifiestan en distinto grado, según la edad, el contexto en el que se encuentre o actividad que esté realizando la persona que presenta TDAH. Estos síntomas se manifiestan de la siguiente manera:

El déficit de atención de estos niños se refleja a partir de la dificultad para mantener la atención en actividades diarias, la evitación de actividades que requieren un esfuerzo mental sostenido, poca atención a los detalles por lo que comete errores, sordera ficticia, fácil distracción por estímulos externos, desorden, olvidos, y tendencia a pérdidas de manera frecuente.

La hiperactividad se muestra en exceso de actividad motora (golpear con los dedos, mover las manos y pies, inquietud, levantarse cuando debería estar sentado, correr y saltar en situaciones inapropiadas, dificultad para jugar tranquilamente, interrumpir a otros en los juegos, excitado a menudo: "como una moto") y/o cognitiva (hablar cuando no es necesario y en exceso, verborrear, responder antes de que finalice la pregunta) en situaciones inadecuadas e incluso durante el sueño.

La impulsividad se observa en la rapidez en el procesamiento de la información, y en la emisión de la respuesta, la impaciencia, dejan las actividades que realizan sin terminar, falta de organización de las actividades, interrumpen constantemente, no respetan los turnos ya sea en un juego o en una conversación, presentan dificultades para seguir normas y reglas, no piensan en las consecuencias de sus actos en otros aspectos.

La etiología del TDAH se debe asumir desde una perspectiva multifactorial, pues se considera un trastorno de naturaleza heterogénea que cuenta con una base neurobiológica, y una importante predisposición genética en la que actúan los factores ambientales, existiendo cierta controversia acerca de la relevancia y predominio de estos factores, así como su interacción. Existen diferentes factores asociados a las causas del TDAH. A continuación se explicarán los más importantes:

Factores genéticos: Los estudios realizados en familias, entre gemelos y pacientes adoptados han mostrado el papel que desempeña la genética en la etiología del trastorno. Se plantea que los hermanos de un niño con TDAH tiene un riesgo dos veces mayor de padecer el trastorno que la población general, aunque en todos los hermanos no se manifiesta de la misma manera, pues un hermano puede manifestar predominantemente síntomas de hiperactividad, mientras que otros solo pueden manifestar síntomas de inatención, y existe mayor presencia en hijos de padres alcohólicos y en hijos de padres con personalidad antisocial.

Factores neuroquímicos: Se plantea que en pacientes con TDAH se ha observado una presencia de problemas químicos a nivel cerebral. En algunos estudios se demuestran que existen sustancias químicas del cerebro encargadas de la transmisión de información de una neurona a

otra son deficientes. Los neurotransmisores que han sido identificados son la dopamina y la norepinefrina.

Factores neuroanatómicos y fisiológicos: En estudios realizados a pacientes con TDAH se ha observado que las áreas cerebrales involucradas son: la corteza prefrontal, los núcleos basales del cerebro y el cerebelo.

Factores biológicos adquiridos: Según la exposición intrauterina al plomo y al zinc; infecciones intrauterinas y parasitarias y estrés y ansiedad de la madre. Dentro de las dificultades perinatales encontramos: el nacimiento prematuro; la anoxia y el parto prolongado.

Montañez (2014), diferentes investigadores han demostrado que el TDAH puede desarrollarse por condiciones biológicas originadas durante el período prenatal, perinatal y postnatal que pueden estar relacionadas con el uso de medicamentos y el consumo de drogas como el alcohol, el tabaco, la cocaína, la heroína, así como con la exposición intrauterina al plomo y al zinc; infecciones intrauterinas y parasitarias y estrés y ansiedad de la madre. Dentro de las dificultades perinatales se señalan: el nacimiento prematuro; la anoxia y el parto prolongado; como causas postnatales: bajo peso al nacer, traumatismos craneoencefálicos; hipoxia, deficiencia nutricional, meningitis; infecciones del sistema nervioso central y malformaciones.

Factores psicosociales: Es necesario señalar que la familia juega un rol muy importante, pues cualquier acontecimiento o vivencia que produzca estrés psicológico, la inestabilidad familiar, trastornos psiquiátricos en los progenitores, métodos educativos inadecuados, tipos de personalidad predisponentes a la enfermedad y al estrés mantenido, y otros factores inductores de ansiedad, contribuyen a la aparición o persistencia del TDAH.

En Cuba el tratamiento multimodal aplicado tanto a niños y adolescentes con TDAH, debe ser dirigido por un equipo multidisciplinario del área de residencia, integrado por psiquiatra, neurólogo, psicólogo, trabajador social y psicopedagogos tanto de la escuela como del Centro de Diagnóstico y Orientación. Constituye una prioridad la orientación a familiares y en cuanto a las pautas a seguir para el adecuado manejo en los diferentes contextos educativos. Se debe dar tratamiento psicológico, si es necesario de forma individual, familiar y grupal, además del tratamiento farmacológico, si la sintomatología lo requiere.

La mayoría de las familias de hijos con TDAH desconocen la causa de su comportamiento. Suelen acudir al especialista porque los profesores de la escuela han dado reiteradas quejas sobre el niño pues no saben qué hacer con él. Cuando una familia acude desconociendo qué es lo que puede estar detrás del comportamiento y dificultades de su hijo, hay que escuchar sus inquietudes e informarle sobre el trastorno, su origen, las implicaciones que conlleva y las necesidades educativas que presenta. Es necesario establecer empatía, obtener toda la información necesaria acerca del estado psicológico de la familia que generalmente se encuentra en un desequilibrio emocional por no estar preparados para afrontar esta situación, y conocer el contexto donde se desarrolla el menor.

El diagnóstico es complejo y se realiza a través de la observación de la conducta del niño en las áreas personal, social, escolar y familiar, y de una entrevista clínica realizada a los padres, profesores y otras personas encargadas de su cuidado y aprendizaje, con el objetivo de valorar y analizar su comportamiento y poder llegar a un diagnóstico firme. Es necesario realizar una historia médica detallada, tanto personal, como familiar, ya que hay que tener en cuenta el rol que juega el factor genético del TDAH. También se pueden utilizar complementarios que pueden ayudar a confirmar el diagnóstico.

Dentro de los complementarios se pueden realizar test con escalas de evaluación de la conducta, completadas por los padres, profesores y otros cuidadores del niño, los cuales se debe realizar con el objetivo de obtener información acerca del trastorno, de la presencia de otros trastornos psiquiátricos o de otros problemas de comportamiento. Las pruebas psicométricas son necesarias aunque no imprescindibles, es decir, conociendo el coeficiente de inteligencia del niño, las manifestaciones en su conducta, y el nivel de atención, se obtendría una mayor información para un diagnóstico y tratamiento del menor que padece de TDAH.

Se sustenta el criterio de diversos especialistas que opinan acerca de la significación de la Exploración Neurofisiológica en el niño hiperactivo utilizando la cartografía cerebral, técnica de neuroimagen funcional que permite conocer el grado de activación eléctrica de la corteza cerebral mediante su representación en mapas cromáticos.

Resulta necesario explicar a la familia las bases funcionales del trastorno, así a partir de los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV-TR) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición

(CIE.10). Se debe explicar la sintomatología y los efectos o consecuencias del TDAH en la conducta y demás áreas de su vida, para que además de entenderla, comprendan su carácter involuntario. Consiste en una labor de orientación familiar, entendida como:

La premisa para todo el proceso de preparación que la familia requiere a fin de enfrentar su labor educativa. La dota de variantes más adecuadas para educar con éxito a los hijos(as), después de reconocer los motivos y las causas que pudieran generar cualquier tipo de dificultad y tomar, en consecuencia, medidas más eficaces. (Gómez, 2007, p. 7)

La orientación familiar generalmente se desarrolla en talleres como forma organizativa con espacios participativos en el cual, los miembros de la familia, reflexionan conjuntamente sobre las acciones que deben integrarse en el proceso educativo, y el profesional se ajusta al rol de orientador, que debe ir desde esa posición hacia la de coordinador y de guía de las relaciones entre lo dinámico y lo temático que se van estableciendo en la actividad. Habitualmente se utilizan diferentes alternativas a través de conversaciones y técnicas participativas para motivar el taller.

Para lograr la efectividad del proceso de preparación en el taller se debe tener en cuenta los métodos, procedimientos y técnicas los cuales deben propiciar la reflexión, la interpretación, con el enriquecimiento en el intercambio y la sistematización de lo que cada cual interioriza en la vinculación de la teoría y la práctica. En esta dinámica es imprescindible ofrecer recursos bibliográficos que posibiliten la autopreparación de los miembros de la familia, las vías y procederes más efectivos, el autocontrol de las orientaciones con un carácter sistemático y dinámico que garantice la autoevaluación y la transformación del modo de actuación según lo requiera el caso.

Es importante enseñarles a los padres a mantener reglas y normas de conductas consistentes y coherentes para afrontar las situaciones con su hijo de un modo claro y conciso, porque de lo contrario, la propia familia, de una forma consciente o inconsciente propiciaría situaciones familiares inadecuadas como: permisividad, sobreprotección, autoritarismo, e inconsistencia en las reglas y normas educativas, entre otras, las cuales afectan la evolución y el desarrollo psicosocial del niño con TDAH.

Existen recursos efectivos y útiles que ayudan a regular la conducta, y a la misma vez incentivan, inhiben, y mejoran las situaciones generadoras de problemas. Dentro de ellas se encuentran las

técnicas de condicionamiento operante. Ejemplo de ellas es la técnica de registro, donde se anotan las conductas adecuadas e inadecuadas del niño, y se premia, se elogia o se le da una puntuación no deseada, según los objetivos a alcanzar previamente acordados por los padres.

Esta técnica motiva a los niños con trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad a querer comportarse correctamente, porque generalmente están acostumbrados a recibir regaños, críticas de familiares, profesores y hasta de sus amigos, y no en pocas ocasiones se sienten rechazados y excluidos, llevándolos a tener sentimientos de inferioridad, baja autoestima, ansiedad, depresión, entre otras conductas que complican el diagnóstico. Es por ello que se hace necesario que se les reconozca, se les elogie y se premie la buena conducta con el objetivo de que favorezca los deseos y la voluntad de ser cada vez mejor.

Es necesario enseñar a la familia a prestar mayor atención a las conductas positivas que a las negativas, así mejorarán las relaciones familiares, evitando un exceso de castigo. Es recomendable supervisar las tareas encomendadas por la escuela, pero no deben existir conflictos entre padres e hijos, porque de lo contrario se pierde el objetivo central, que es ayudar a que el niño con TDAH supere sus dificultades. Elogie el esfuerzo realizado por el niño, aunque no haya obtenido los mejores resultados. Esto aumenta su autoestima, y lo motiva a volverlo a intentar.

Conclusiones

El TDAH ha sido investigado desde la antigüedad por diversos autores, llegándose ya en la actualidad a concretar el concepto, a pesar de que sus estudios continúan. Este trastorno se puede observar en diversas culturas, y cada día va en ascenso, además las familias en muchos casos carecen de la orientación oportuna y precisa para el manejo educativo de sus hijos, lo que genera la necesidad de aunar esfuerzos de todas las agencias socializadoras, donde existan pautas y modelos de referencia positivos, equilibrio, seguridad, tranquilidad, comprensión y afecto.

Referencias bibliográficas

American Psychological Association (APA). (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Consultado el 15 de noviembre de 2016 desde: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagn3b3stico-y-estad3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>

- Biederman, J. & Faraone, S. (2005) Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366, 237-248.
- Batista, G. (2012). *Proyecto de Intervención Psicoterapéutica para Escolares con Trastornos del Comportamiento y de las Emociones*. Consultado el 10 de octubre de 2016 desde: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjSgoKO16HTAhUq6oMKHV0FABUQFgghMAA&url=http%3A%2F%2Facupsi.org%2Findex%2Fdescargar.html%3Fid%3Darticulos%2F06-trastornos-del-comportamiento-grettel-batista.pdf> el 5 de octubre de 2016.
- Fernández, G. (2006). *Bases teóricas y metodológicas de la estimulación temprana y preescolar para los niños con NEE*. Ciudad de La Habana: CITMA.
- Francia, M. E. & Thompson, L. (2006). *Conductuales o TDAH*. Consultado el 2 de octubre de 2016 desde: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/conductuales_o_tdah.pdf
- Gómez, A. L. (2007). *Estrategia educativa para la preparación a la familia del niño y la niña con diagnóstico de Retraso Mental*. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Camagüey: Universidad de Ciencias Pedagógicas “José Martí”
- Martín, M. (2000). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. La Habana: Centro de Neurociencias de La Habana.
- Monal, M. (2016). *Propuesta de ejercicios psicopedagógicos para la atención de adolescentes con Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Trabajo de diploma. Villa Clara: Universidad Central Marta Abreu
- Montañez, M. (2014). *Programa de Intervención en Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y Familia*. Tesis doctoral. Badajoz: Universidad de Extremadura. Consultado el 6 de octubre de 2016 desde: <http://dehesa.unex.es/handle/10662/2466>
- Torres, A. & Prego, C. (2013). Trastornos por Déficit de Atención y Síndrome de Apnea obstructiva del sueño en la edad pediátrica Hospital Pediátrico. *Medisur 11* (1) 61-68.