

M^ªI Martínez-Gras¹
M^ªJ Mardomingo-Sanz²

Edad de inicio y sintomatología
como factor pronóstico en el trastor-
no por déficit de atención e hiperac-
tividad (TDAH)

*Age of onset and clinical picture as
prognosis factors in attention deficit
hyperactivity disorder (ADHD)*

¹ Complejo Asistencial Benito Menni. Ciempozuelos (Madrid)
² Sección de Psiquiatría Infantil. Hospital General Universitario
Gregorio Marañón de Madrid

RESUMEN

Objetivo: La sintomatología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) puede variar en función de la edad. Se ha estudiado la relación existente entre edad y sintomatología en un grupo diagnosticado de Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), considerando las implicaciones en relación al curso clínico y pronóstico así como las diferencias y similitudes con el Trastorno de Conducta. **Metodología:** Se revisan 380 historias clínicas de niños de 2 a 14,6 años de edad a lo largo de un periodo de 15 años. Se establecen criterios diagnósticos y de exclusión e inclusión para el TDAH, trastorno disocial (TD) y trastorno negativista desafiante (TN/TND). **Resultados:** El TDAH presenta una edad de inicio temprana. La gravedad del cuadro clínico es tanto mayor cuanto mas precoz es la edad de comienzo. Los casos de mayor gravedad presentan una edad de consulta mas precoz. En ambos grupos, los casos asociados a agresividad presentan una mayor gravedad. **Conclusiones:** El TDAH comienza antes que el TD/TND, y se acompaña de más problemas de aprendizaje. En ambos, el comportamiento agresivo es un dato de mal pronóstico, siendo los casos de mayor gravedad los que consultan mas precozmente.

PALABRAS CLAVE

Trastorno hiperactivo, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Trastorno por conductas perturbadoras. Trastorno negativista desafiante.

ABSTRACT

Objective: To study the relationship between age of onset and symptoms in thirty three children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and to compare them with thirty two children diagnosed to Behavior Disorder (BD). Clinical and prognosis implications are discussed. **Method:** Three hundred eight clinical records, covering a period of 15 years. Consensus diagnosis were assigned using best-estimate procedures for ADHD and Behavior disorder (BD). **Results:** ADHD clinical symptoms begin at earlier age and learning problems are more prominent and impairing. Aggressiveness is in all groups a predictor of poor outcome. **Conclusions:** ADHD starts at earlier age than BD and the severity of the clinical picture is higher as the age of onset is lower.

KEYWORDS

Attention-deficit hyperactivity disorder; Disruptive behaviour disorder; Negative defiant disorder

10 INTRODUCCIÓN

El Trastorno hiperactivo o Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) constituye uno de los trastornos del comportamiento más frecuentes de la infancia y de la adolescencia¹. Su prevalencia varía según los países, metodología y criterios diagnósticos empleados en los diferentes estudios epidemiológicos, oscilando está entre un 1,2 y un 20%^{1,2,3,4}. Se trata de una entidad heterogénea cuya definición ha planteado numerosas dificultades no quedando en muchas ocasiones su perfil clínico claramente establecido^{5,6}.

En la actualidad el TDAH queda definido por la presencia de tres criterios clínicos principales: el déficit de atención, el exceso de actividad motora y la impulsividad. Siguiendo los criterios diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría⁷ se requieren 6 ó más síntomas de déficit de atención y/ó 6 ó más síntomas de hiperactividad-impulsividad para el diagnóstico, diferenciándose 3 subtipos según estén presentes sólo los síntomas de déficit de atención, sólo los de hiperactividad-impulsividad o ambos⁷. De esta manera el TDHA ha quedado configurado en tres subtipos cada uno de los cuales se cree que podría tener un pronóstico y una respuesta al tratamiento diferentes⁷. No obstante, una evaluación detenida pone de manifiesto la presencia de otros elementos que participan del cuadro clínico⁵ siendo frecuente su asociación a otros síntomas^{6,8,9}, que de una manera u otra también van a condicionar el curso y el pronóstico del trastorno^{5,6,8,9,10,11,12}.

Por otro lado, la sintomatología del TDAH varía en algunos aspectos en función de la edad¹³ y si bien el diagnóstico se suele realizar al inicio de la escolarización^{14,15} ya desde edades muy tempranas se constatan la presencia de síntomas que apuntan hacia la presencia del trastorno^{16,17,18,19}. Aunque la sintomatología disminuye al llegar a la adolescencia en más de la mitad de los casos el cuadro persiste a través de los años^{20,21,22} manteniéndose distintos síntomas tales como los problemas de disciplina, alteraciones de la conducta, bajo rendimiento académico y dificultades de relación con los compañeros que, unidos a otras entidades que pueden acompañar o aparecer más tarde, complican el curso del trastorno^{23,24,25,26,27}.

Desde esta perspectiva, el mejor conocimiento de la historia natural del TDAH puede contribuir a la detección precoz facilitándose de esta manera el tratamiento también precoz, tanto de los síntomas principales como de los acompañantes, y de las posibles complicaciones que pueden aparecer a lo largo del tiempo.

En definitiva y dadas las repercusiones tanto clínicas como terapéuticas a medio y a corto plazo, que la realización de un diagnóstico precoz de TDAH puede tener, se diseñó este trabajo con el fin de estudiar algunos aspectos clínicos relacionados con la sintomatología y la edad.

El objetivo del trabajo es el estudio de:

- Síntomas precursores del TDAH y edad de comienzo.
- Edad de consulta y de diagnóstico.
- Implicaciones en relación con el curso clínico y el pronóstico.
- Diferencias y similitudes con el Trastorno Disocial (TD) y Trastorno Negativista Desafiante (TND).

MATERIAL Y MÉTODO

Obtención de los datos:

Se han revisado de forma retrospectiva un total de 380 historias clínicas cuyo diagnóstico era Trastorno de la Conducta y Trastorno Hiperactivo, correspondientes al periodo de tiempo comprendido entre los años 1980 y 1995. Todas ellas corresponden a niños atendidos en régimen ambulatorio. En todas las historias quedaban registradas las siguientes áreas: socio demográfica, familiar, clínica y de intervención terapéutica.

Selección del grupo de estudio:

Se realizó en varias etapas. De las 380 historias clínicas iniciales se seleccionaron 184 (48,4%) cuyo diagnóstico quedaba registrado como Trastorno Hiperactivo o Trastorno de Conducta según la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS en su novena edición (OMS, 1977). Seguidamente a estas 184 historias clínicas se les aplicó los criterios diagnósticos de la APA en su cuarta revisión (DSM-IV, 1994) para Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad⁷. De todas ellas sólo 35 (9,1%) cumplían criterios diagnósticos DSM-IV para TDHA. Criterios de exclusión: Como criterio de exclusión se consideró el presentar un CI inferior a 80.

Selección del grupo de comparación:

El grupo de comparación fue seleccionado siguiendo la misma metodología que para el grupo de estudio. Así a las 184 historias clínicas cuyo diagnóstico figuraba registrado como Trastorno Hiperactivo o Trastorno de Conducta según la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS en su novena edición (OMS, 1977) se les aplicó los criterios para Trastorno

Disocial (TD) y/o Trastorno Negativista Desafiante (TND) de la APA (DSM-IV, 1994) quedando constituido este grupo por (9,4%) historias clínicas. Criterios de exclusión: Como criterio de exclusión se consideró el presentar un CI inferior a 80.

Características del grupo de estudio:

El grupo de estudio quedó definitivamente constituido por 35 pacientes de los cuales 32 (91,4%) fueron varones y 3 (8,6%) fueron hembras. La edad media fue de 6,6±2,6 años con un rango entre los 2 y los 14,6 años. El 96,7% de los casos pertenecían al medio urbano siendo en el 65,7% de nivel socioeconómico medio. Todos los casos mayores de 5 años estaban escolarizados. La media del CI fue de 95,6±10,43 con un rango entre 80 y 126 (tabla 1).

Tabla 1. Características de la muestra

	Grupo de estudio	Grupo de comparación
Edad	x=6,6±2,6*	x=8,5±3,2*
Rango	2-14,6	3,4-14,5
Varones	91,4%	77,8%
Hembras	8,6%	22,2%
Nivel socioeconómico medio	96,7%	87,1%
Medio rural	65,7%	55,6%
CI	95,6%	96,5%
Rango	80-126	83-115

* p=0,007

Características del grupo de comparación:

El grupo control lo formaron 36 pacientes, 28 (77,8%) varones y 8 (22,2%) hembras. La edad media fue 8,5±3,2 años, con un rango comprendido entre los 3,4 y los 14,5 años. El 87,1% de los casos pertenecían al medio urbano y en un 55,6% presentaban un nivel socioeconómico medio. Todos los casos mayores de 5 años se encontraban escolarizados. La media de CI fue de 96,56±9,97 con un rango entre 83 y 115. Sólo para la edad media se han encontrado diferencias significativas (p=0,007) entre el grupo de estudio y el grupo de comparación. Hay que reseñar que, dadas las limitaciones metodológicas de este tipo de diseños, no ha sido posible seleccionar un grupo de comparación homogéneo para todas las variables estudiadas. Por tanto se deberá tener en cuenta este dato a la hora de interpretar los resultados.

Variabes estudiadas:

Las variables registradas fueron sociodemográficas: sexo, edad, nivel de escolarización, medio urbano o rural,

y clínicas: edad de inicio de los síntomas, edad de la primera consulta, edad de realización del diagnóstico, sintomatología principal y asociada, otros trastornos tanto orgánicos como psiquiátricos acompañantes.

- Edad de inicio del trastorno: Se ha considerado como edad de inicio la edad en que es referida la aparición de las primeras manifestaciones o los primeros síntomas.

- Edad de consulta: Se ha considerado como edad de consulta la edad en que se consulta por vez primera por algún motivo relacionado con el impacto que el trastorno ha provocado en el niño.

- Edad de diagnóstico: Se ha considerado como edad de diagnóstico a la edad en que queda constatada de forma definitiva la presencia de TDAH.

Criterios de gravedad:

Se han establecido siguiendo los criterios de la APA (1994) en tres categorías:

- **T. Leve:** Presencia de alguno o ningún síntoma además de los requeridos para hacer el diagnóstico y sólo un déficit mínimo o inexistente en la actividad escolar o social.

- **T. Moderado:** Presencia de síntomas o déficit funcional intermedio entre leve o grave.

- **T. Grave:** Presencia de muchos síntomas además de los requeridos para hacer el diagnóstico y déficit significativo o moderado de la actividad familiar, escolar y social.

Determinación del Cociente de Inteligencia:

Se realizó en todos los casos mediante la escala de Inteligencia de Wechsler para niños revisada (WISC-R) en niños mayores de seis años y de la escala WPPSI para menores de seis años.

Análisis de los datos:

En una primera fase se realizó una aproximación descriptiva de la muestra (medias, desviación estándar y frecuencias). Para la comparación de variables cualitativas se utilizó el test de Chi-Cuadrado y para variables cuantitativas t-test y ANOVA para los diferentes grupos. El procesamiento informático se realizó mediante el paquete estadístico SPSS-S en su versión 6.0.

RESULTADOS

En la tabla 2 se muestran los resultados referentes a la variable edad. La edad media de inicio de la sintomatología del TH resultó ser de 2,27 ±2,30 años, consultando por vez primera a los 5,91±2,15 años y realizándose el diagnóstico poco tiempo después, a los 6,33±1,96. El grupo control por su parte presenta una edad media de

12 **Tabla 2. Edad de inicio, consulta y diagnóstico del TDAH**

Edad Inicio	TDAH			TD/TND			p
	N	X	SD	N	X	SD	
Consulta	6	22,7	2,3	33	5,1	4,1	0,002
Diagnóstico	34	6,33	2	35	8,5	3,46	0,003

inicio más tardía ($5,11 \pm 4,10$ años), consulta después ($8,46 \pm 3,15$ años) y se diagnostica más tarde ($8,46 \pm 3,46$ años). Las diferencias encontradas entre el grupo de estudio y el grupo de comparación en cuanto a la edad tanto de inicio, de consulta y de diagnóstico resultaron ser significativas ($p < 0,05$).

En un 76,9% de los casos en la historia clínica se recogen antecedentes que señalan el comienzo del TDAH antes de los 4 años de edad, poniéndose de manifiesto en un 61,5% de los casos la presencia de rasgos o conductas que apuntan al comienzo del trastorno antes de los 2 años de edad y en un 34,6% de los casos durante el primer año de vida. Respecto al grupo de comparación se recoge un menor porcentaje de casos de inicio durante el primer año (18,2%), antes de los 2 años (27,3%) y antes de los 4 años (51%), no resultando ser estas diferencias significativas ($p = 0,180$) (Tabla 3).

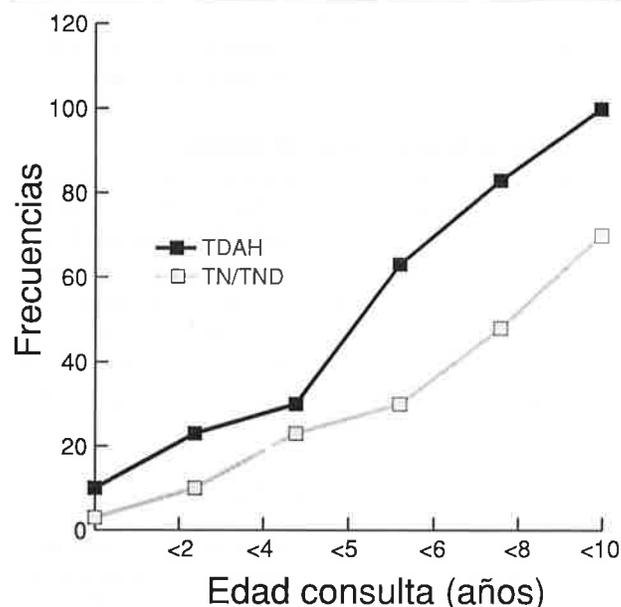
Tabla 3. Edad de inicio de los síntomas en el TDAH y TD/TND

Edad (años)	TDAH		TD/TND	
	N	%	N	%
Menos de 4	20	77	17	51,5
Menos de 2	16	62	9	27,3
Menos de 1	9	35	6	18,2

El número de consultas realizadas en el TDAH aumenta su frecuencia a medida que avanza la edad. Así un 8,8% de los casos consulta antes de los 3 años, un 23,5% antes de los 4 años y un 35,3% antes de los 5 años, elevándose a un 64,7% a la edad de seis. Esto mismo se observa en el grupo de comparación en que el porcentaje de consultas también aumenta de forma progresiva a medida que lo hace la edad, si bien el número de casos que consultan a edades tempranas es menor que en el TDAH, resultando ser el número de consultas superior al 50% a la edad de 8 años ($p = 0,192$) (Figura 1).

En cuanto a la sintomatología presente en el momento del diagnóstico los síntomas más frecuentemente registrados en el grupo de niños con TDAH lo constitu-

Figura 1.



yen la hiperactividad (71,4%) seguido por el déficit de atención (68,6%) y en menor escala por la impulsividad (20%) y la inquietud (17,1%).

El grupo con diagnosticado de TDAH presentó de forma significativa un mayor porcentaje de síntomas asociados (88,9%) que el grupo diagnosticado de TD y TND (11,1%). Tanto la agresividad (69,0%) como el retraso en el aprendizaje escolar (68,2%) aparecen como síntomas asociados con mayor frecuencia al TDAH que al TD y TND seguido de menor proporción por el insomnio (5,7%), las alteraciones del lenguaje (2,9%) y la anorexia (2,9%). No se detecta en este grupo ningún caso el intento de suicidio como síntoma asociado frente a un 5,7% de los casos en el TD/TND. En un 42,9% de los niños con TDAH se constataba la presencia de dificultades en la lectura frente a un 57,1% de los niños del grupo de comparación, no resultando ser esas diferencias estadísticamente significativas (fig 2).

Respecto a la precocidad de aparición de la sintomatología del TDAH según se muestra en la tabla 4, vemos como los tres síntomas nucleares están presentes a edades tempranas siendo la hiperactividad el síntoma que se registra más precozmente ($X = 2,0 \pm 2,1$ años). De la misma manera el diagnóstico suele ser más temprano en aquellos casos en que la hiperactividad es el síntoma más relevante ($X = 5,8 \pm 1,8$ años). Por el contrario el síntoma

Figura 2. Sintomatología asociada

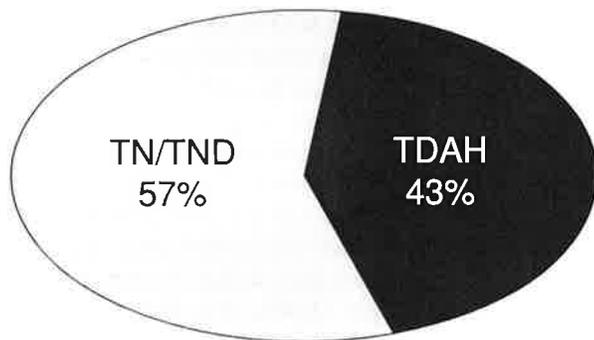


Tabla 4. Edad de inicio, consulta y diagnóstico de la sintomatología del TDAH

	Edad de inicio		Edad de consulta		Edad de diagnóstico	
	X	SD	X	SD	X	SD
Hiperactividad	2,0		5,7		5,8	
	2,1		1,9		1,8	
Déficit de atención	2,4		6,4		6,8	
	2,6		2,2		1,8	
Impulsividad	2,5		4,7		6,5	
	2,1		1,5		1,1	

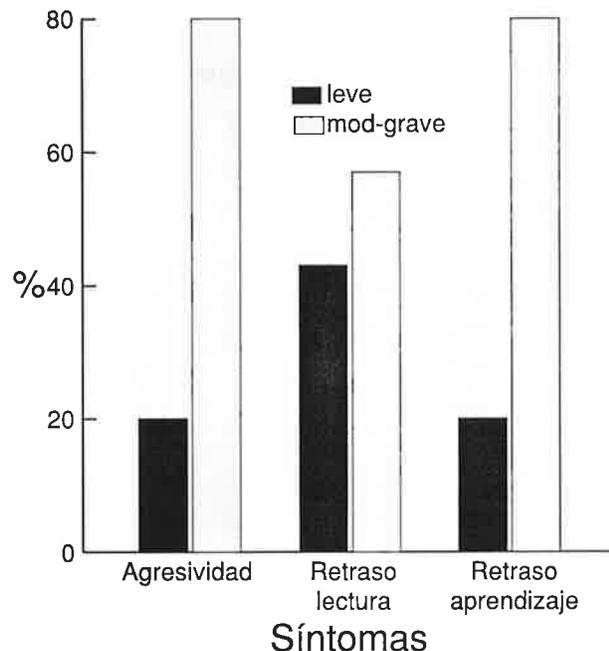
que induce a los padres a consultar mas pronto es la impulsividad ($X=4, \pm 1,5$ años).

No parece existir una relación directa entre gravedad de los síntomas y edad de aparición de los mismos, de tal forma que la edad de inicio es similar en los trastornos graves que en los moderados y en los leves (tabla 5). Sin embargo y aunque las diferencias encontradas no difieren de forma significativa, sí parece existir una relación entre la gravedad y la edad de consulta y de diagnóstico, siendo los casos de mayor gravedad los que presentan una edad de consulta mas temprana (leve $X=6,03 \pm 2,16$,

Tabla 5. Edad y gravedad del TDAH

	Edad de inicio			Edad de consulta			Edad de diagnóstico		
	N	X	SD	N	X	SD	N	X	SD
Leve	8	2,62	2,91	10	6,03	2,16	10	6,40	2,12
Moderado	8	2,12	2,35	16	5,62	2,22	16	5,90	2,09
Grave	3	2,16	2,25	5	4,67	2,92	5	7,66	1,52

Figura 3. Gravedad y sintomatología del TDAH



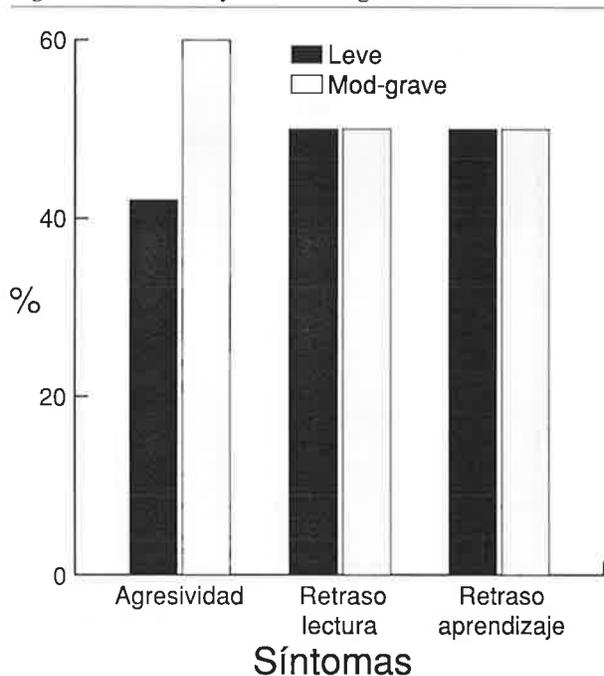
moderado $X=5,62 \pm 2,2$, grave $X=4,67 \pm 2,92$). En el grupo de niños con TD/TND los resultados en relación a estas dos variables difieren respecto al grupo con TDAH.

Finalmente y considerando de forma conjunta gravedad y sintomatología asociada vemos como tanto en el TDAH como en el TD y TND, los casos asociados a agresividad presentan una mayor gravedad (Figuras 3 y 4). En el grupo de TDAH los casos que presentan retraso en el aprendizaje escolar y retraso en la adquisición de la lectura, se asocian aunque no de forma significativa, a una mayor gravedad que los casos que no lo presentan (Figuras 3 y 4). Por el contrario, en el TD/TND no parecen existir diferencias en la gravedad del cuadro clínico respecto a la presencia o no de retraso en el aprendizaje escolar y en adquisición de la lectura (Figuras 3 y 4).

DISCUSIÓN

El diagnóstico precoz de los trastornos psiquiátricos en los niños ha cobrado un progresivo interés en los últimos años, dadas las evidentes repercusiones tanto para el tratamiento y la prevención, como para la comprensión de la etiopatogenia²⁹. Son muchos los autores que señalan que la hiperactividad infantil puede ser identificada antes de los 6 años^{5,17,18,19}. Sin embargo la mayoría de los estudios realizados en el ámbito de la hiperactividad infantil

14 **Figura 4. Gravedad y sintomatología del TN/TND**



se centran en muestras de niños de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años siendo escasos los estudios realizados en niños menores de 6 años²⁹. Esto viene a estar justificado en parte por la falta de consenso dentro de la comunidad científica acerca de los criterios de intensidad, duración y frecuencia, entre otras variables, que deben de satisfacer la impulsividad, hiperactividad y déficit de atención para que pueda hablarse de hiperactividad infantil^{17,18,31}.

Este hecho condiciona con gran frecuencia que el diagnóstico se realice durante los primeros años de escolarización justo cuando el niño se ve sometido a una mayores exigencias en su comportamiento y en la adaptación a las demandas ambientales^{14,22}.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que los niños hiperactivos presentan un patrón de conducta difícil ya desde el primer año de vida, mostrándose o manifestándose como niños más inquietos, irritables, difíciles de consolar y con trastornos del sueño y de la alimentación^{17,18,19,32}. Encuestas retrospectivas realizadas a padres y profesores indican un comienzo del trastorno anterior a los 5 años y, a menudo, anterior a los 2 años^{19,34,35}. En este trabajo queda constancia de la presencia de síntomas desde los 2 años en un 61,5% de los casos y en un 34,6% desde el primer año, lo cual indica el inicio extraordinariamente precoz de la sintomatología. De la misma forma

queda reflejada una edad de aparición de la sintomatología y una edad de realización del diagnóstico mas temprana en el TDAH que en el TD/TND.

Tanto los datos clínicos como los estudios de investigación sugieren que suele ser la conducta disruptiva que el niño hiperactivo presenta, lo que motiva la consulta. El momento en que la conducta del niño comienza a plantear problemas de adaptación al entorno, suele ser en términos generales posterior al inicio de la sintomatología. En un reciente estudio¹⁴ se pone de manifiesto que los padres de niños diagnosticados de TDAH refieren un inicio de la sintomatología 2,5 años antes de que el trastorno haya repercutido en el funcionamiento social, familiar o escolar del niño. También se señala la existencia de diferencias a este respecto entre los distintos subtipos de TDAH resultando ser el subtipo predominio del déficit de atención aquel en el que se manifiesta el problema a una edad más tardía. Si bien el diseño del presente estudio no nos permite diferenciar los distintos subtipos clínicos, los resultados obtenidos en relación a la edad de consulta de los diferentes síntomas apoyan estos datos. Así tanto la impulsividad como la hiperactividad constituyen los síntomas que condicionan que se consulte a edades más tempranas, siendo la hiperactividad el síntoma que condiciona una mayor precocidad en el diagnóstico. Por otro lado en este estudio es el déficit de atención el síntoma por el que se consulta mas tardíamente.

Las dificultades académicas se asocian frecuentemente a la hiperactividad infantil constituyendo uno de los motivos de consulta mas frecuentes¹³. Los resultados de este trabajo se asemejan a los encontrados por otros autores³⁶ que cifran entre un 60 y 80 el % de niños hiperactivos que presentan asociado este problema. Por el contrario, vemos que en nuestro grupo de estudio, las dificultades en la adquisición de la lectura aparecen en un mayor porcentaje en el TD/TND que en el TDAH, pudiéndose explicar estas diferencias quizás por la menor edad del grupo con TDAH. Hay que considerar no obstante que, los problemas de aprendizaje de los niños hiperactivos son el resultado de diversos factores entre ellos el déficit cognitivo, la impulsividad, la existencia de un trastorno de la lectura y otros elementos psicopatológicos frecuentemente asociado tanto al TDAH como al TD y TND dada la posibilidad de la existencia de un subgrupo dentro del TDHA, con base genética común a estos trastornos.

La agresividad aparece como el síntoma mfamiliar relacionado con los trastornos de conducta, en los cuales la agresividad es uno de los síntomas principales¹⁰, la agresividad puede constituir un factor condicionante del

pronóstico. Nuestros resultados apoyan a otros estudios en los cuales la asociación de TDAH con agresividad correlaciona con una mayor gravedad del cuadro^{23,24,26}. Por otro lado la presencia de agresividad como síntoma asociado puede plantear problemas de diagnóstico diferencial⁸.

Finalmente es de destacar de acuerdo con los resultados expuestos, la importancia que tiene la detección temprana del TDAH. Son los casos de mayor gravedad los que presentan una edad de consulta mas precoz, quizás debido a que son estos niños los que presentan una conducta mas perturbadora. Por el contrario en el grupo con TN/TND son los casos leves los que consultan y se diagnostican antes. Este hallazgo puede estar justificado por el hecho de que este subgrupo también presenta una edad de inicio mas temprana.

Una última consideración que se desprende de los resultados de este trabajo es hasta que punto, la aplicación de criterios diagnósticos de forma mas o menos estricta, condiciona los diagnósticos realizados en la práctica clínica y las tasas de prevalencia obtenidas en los estudios de investigación. Se observa como del total de historias revisadas en las que el diagnóstico genérico había sido el de Trastornos de Conducta, sólo una quinta parte (20,8%) cumplía en sentido estricto los requisitos del DSM IV para el diagnóstico de TDAH, TD o TND.

Quiere decir que un problema de comportamiento aislado puede confundirse con un diagnóstico psiquiátrico como tal, máxime en un grupo de edad de niños tan pequeños como en la muestra estudiada, en la cual la media de edad no llegaba a los 6 años y el inicio de los síntomas se constata en torno a los dos años. El rigor de los criterios diagnósticos parece especialmente importante en el TDAH, que se ha diagnosticado y se diagnostica en exceso, con el inconveniente añadido de la prescripción de tratamientos no indicados.

CONCLUSIONES

El TDAH comienza antes que el TD/TND y se acompaña de más problemas de aprendizaje. En ambos trastornos el comportamiento agresivo es un dato de mal pronóstico, asociándose con una mayor mayor gravedad del cuadro clínico. Sólo en el TDAH la presencia de retraso en el aprendizaje escolar y en adquisición de la lectura, condicionan un peor pronóstico.

Los casos más graves son los que consultan más precozmente indicando los estudios longitudinales que son estos casos precisamente los que tienden a evolucionar de forma crónica y con peor pronóstico, sugiriendo la posible relación entre precocidad de aparición de la sintomatología, gravedad y peor evolución.

BIBLIOGRAFÍA

- Dulcan M., Dunne G.E., Ayres W., Arnold V., Benson S., Bernet W., Bukstein O., Kinlan J., Leonard H., Licamele W. And McClellan J.(1997): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents, and Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (1997). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 6:10 supplement, October .85S-121S.
- Thorley G. (1984): Hyperkinetic Syndrome of Childhood: Clinical Characteristics, *Brit J Psychiat*, 144: 16-24.
- Taylor E. y Sandberg G. (1984): Hyperactive Behavior in English Schoolchildren: a Questionnaire Survey, *J Abnormal Child Psychol*, 12: 143-156.
- Mann E.M., Ikeda Y., Mueller Ch.W., Takahasi A., Tai tao K., Humnris E., Ling Li B, and Chin D.(1992): Cross-Cultural Differences in Rating Hyperactive-Disruptive Behaviors in Children, *Am J Psychiatry*, 149,11: 1539-1542.
- Prior M. y Sanson A. (1986): Attention Deficit Disorder with Hyperactivity: a Critique, *J Child Psychol Psychiatry*, 27(3): 307-319.
- Polaino-Lorente A. y Cabanyes Ruffino J. (1995): Diagnóstico Diferencial de la Hiperactividad Infantil, *Monografías de Psiquiatría*, 4: 9-22.
- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric
- Guevremont D.C., Du Paul G.J. y Barkley R.A. (1990): Diagnosis and Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children, *J Sch Psychol*, 28: 51-78.
- Roberts M.A., Russell S. and Tannock R.(1990): A Behavioral Observation Method for Differentiating Hyperactive and Aggressive Boys, *J Abnormal Child Psychol*, 18: 131-142.
- Kuhne M y colabs. (1997): Impact of Comorbid Oppositional or Conduct Problems on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 1715-1725.
- Lahey B.B. y Carlson C.L.(1991): Validity of the Diagnostic Category of

- Attention Deficit Disorders Without Hyperactivity: A Review of the Literature, *J Learn Disabil*, 24: 110-120.
- Shaywitz S.E., Shaywitz B.A., Schnell C, Y Towle V.R.(1988): Concurrent and Predictive Validity of the Yales Children's Inventory: An Instrument to Assess Children with Attentional Deficits and Learning Disabilities, *Pediatrics*, 81: 562-571.
- Mardomingo Sanz M.J. (1994): Trastorno Hiperactivo, en *Psiquiatría del niño y del Adolescente Método, Fundamentos y Síndromes*, Diaz de Santos, S.A., págs. 415-450, Madrid.
- Applegate B., Lahey B., Hart E.L., Biederman J., Hynd G.W., Barkley R.A., Ollendick T., Frick p.j., Greenhill L., Mc Burnett K., Newcorn J.H., Kerdyk L., Garfinkel B., Waldman I, and Shaffer D.(1997): Validity of the Age-of-Onset Criterion for ADHD: A Report From the DSM-IV Field Trials, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36,9: 1211-1221.
- Weiss G.(1975): The Natural History of Hyperactivity in Childhood and Treatment of Stimulant Medication at Different Ages: A Summary of Research Findings, *Int J of Mental Health*, 4: 213-226.
- Werry J.S., (1964): Studies on Hiperactive Child: Some Preliminary Findings. *Canad Psychiat Ass* , 9: 120-130.
- Campbell S.B., Szumowski E.K., Ewing L.J., Gluck D.S, and Breaux A.M, (1982): A Multidimensional Assessment of Parent- Identified Behavior Problems Toddlers, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10: 569-591.
- Campbell S.B.(1985): Hyperactivity in Preschoolers: Correlates and Prognosis Implications, *Clinical Psychol Review*, 5: 405-428.
- Campbell S.B., Breaux A.M., Ewing L.J, y Szumowski (1986): Correlates and Predictors of Hyperactivity and Aggression: A Longitudinal Study of Parent- Referred Problem Preschoolers, *J Abnormal Child Psychol*, 10(2) :217-234.
- Thorley G. (1988): Adolescent outcome for Hyperactive Children, *Arch Disease in Chilhood*, 63: 1181-1183.
- Barkley R.A.(1996): Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder, en *Child Psychopathology*, Guilford , págs. 63-111. New York
- Weiss G. y Hechtman L.T. (1993): *Hyperactive Children Grown Up: ADHD in Children, Adolescents and Adults*, 2nd ed, New York: Guilford.
- Abikoff H, y Klein R.G.(1992): Attention Deficit Hyperactivity and Conduct Disorder: Comorbidity and implications for Treatment, *J,Consult Clin Psychol*, 60:881-892.
- Fischer M., Barkley R.A., Fletcher K.E.,and Smallish L,(1993): The adolescent Outcome of Hiperactive Children: Predictors of Psychiatric, Academic, Social, and Emotional Adjustment, *J Am Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 32: 324-332.
- Herrero M,E., Hetchman L,and Weiss G,(1994): Antisocial Disorders in Hyperactive Subjectes from Chilhood to Adulthood: Predictive Factors and Characterization of Subgroups, *Am J Orthopsychiatry*, 64: 510-521.
- Satterfield J.H., Swanson J., Schell A., and Lee J.(1994): Prediction of Antisocial Behavior in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder boys from aggression/Defiance Scores, *J Am Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 33: 125-129.
- Satterfield J.H, and Schell A. (1997): A Prospective Study of Hyperactive Boys with Conduct Problems and Normal Boys: Adolescent and Adult Criminality, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 :1726-1735.
- OMS (1977), *Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento(CIE-9)*. Ginebra.
- Avila de Encio C. y Polaino-Lorente A, (1997): *El Enfoque Preventivo de la Hiperactividad Infantil*. En: Polaino-Lorente A, *Manual de Hiperactividad Infantil*. Unión Editorial S.A, págs. 215-232.Madrid.
- Prior M., Leonard A, y Wood G. (1983): A Comparison Study of Preschool Children Diagnosed as Hyperactive, *J Pediat Psychol*,8: 191-202.
- Rosenberg M.S., Wilson R.J,y Legenhausen E (1989). The Assessment of Hyperactivity in Preschool Populations: A Multidisciplinary Perspective. *Multidisciplinary Perspective*. 9(1): 90-105.
- Thomas A., Chess S. Y Birch H.G.(1968). *Temperament and Behavior Disorder in Children*. New York, University Press.
- Campbell, S. y colabs. (1986). Parent-Referred Problem Three-Year-Olds: Follow-up at School Entry. *J Child Psychol Psychiat*, 27 (4): 473-488.
- Taylor E, y colabs. (1986). Conduct Disorder and Hyperactivity: II. A Cluster Analytic Approach to the identification of a Bahavioural Syndrome, *Br J Psychiat*, 149: 768-776.
- Sanson A. y colabs. (1993) Precursors of Hyperactivity and Aggression, *J Am Acad Child Adolesc Psichiatri*, 32(6): 1207-1216.
- Barkley R.A (1982): Guidelines for Defining Hiperactivity in Children: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. En: Lahey B.B, y Kazdin A.E, (eds). *Advances in Clinical Child Psychology*. New York, Plenum Press, 5: 137-175.
- Barkley R.A (1982): Guidelines for Defining Hiperactivity in Children: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. En: Lahey B.B, y Kazdin A.E, (eds). *Advances in Clinical Child Psychology*. New York, Plenum Press, 5: 137-175.