



LO QUE SABEMOS

El TDA/H y los trastornos coexistentes: Trastornos de comportamiento perturbador

El TDA/H es una afección neurobiológica común que afecta a entre el 3 y el 7 por ciento de los niños en edad escolar de nivel primario.¹ Sin embargo, los estudios más recientes señalan que la incidencia real del TDA/H podría ser mayor.² Además, cerca de las dos terceras partes de los niños con TDA/H tienen al menos otra afección coexistente.³

Como se puede ver, cualquier trastorno puede coexistir con el TDA/H, pero ciertos trastornos, como los trastornos de comportamiento perturbador, parecen ser más comunes.⁴

Esta hoja de Lo que sabemos trata sobre los trastornos de comportamiento perturbador, trastorno de oposición desafiante (TOD) y trastorno de la conducta (TC). Tener uno de estos trastornos de comportamiento perturbador coexistentes (TOD/TC) no sólo puede complicar el diagnóstico y el tratamiento, sino también empeorar su prognosis. Aunque muchos niños con TDA/H al final se adaptan, algunos (sobre todo los que tienen un trastorno asociado de oposición desafiante o de conducta) son más propensos a abandonar la escuela, a tener menos años de educación general, a tener menor satisfacción en el trabajo y a que no les vaya tan bien en la vida adulta.⁵ El diagnóstico y tratamiento oportunos de estas afecciones es, por mucho, la mejor defensa contra estos resultados indeseados.

¿CÓMO SE IDENTIFICAN LAS AFECCIONES COEXISTENTES?

Cuando se esté considerando el diagnóstico del TDA/H, el profesional clínico o de la salud mental también deberá determinar si hay otros trastornos psiquiátricos que afecten al niño y que pudieran ser responsables de los síntomas existentes. Con frecuencia, los síntomas del TDA/H pueden superponerse con otros trastornos. El desafío para el profesional clínico de la salud es discernir si el síntoma corresponde al TDA/H, a otro trastorno, o a ambos trastornos al mismo tiempo. Para algunos niños, la superposición de los síntomas entre los distintos trastornos posibilitan diagnósticos múltiples en el momento de la presentación inicial. En algunos casos, puede surgir otra afección luego del diagnóstico del TDA/H, por lo que es necesario una supervisión continua por parte de un profesional capacitado, aun después de que se haga el primer diagnóstico.

Con el uso de una combinación de cuestionarios sobre síntomas y entrevistas con el niño, los padres, y otros seres queridos, el profesional clínico de la salud determina si el niño exhibe los síntomas característicos de un trastorno. Además de hacer una lista de los síntomas, el profesional clínico de la salud preguntará cuándo comenzaron, cuánto han durado, qué tan graves son y cómo afectan el funcionamiento día a día, así como si otros miembros de la familia han tenido o no estos síntomas. Como resultado de las preguntas, el profesional clínico de la salud puede determinar si el niño cumple con los criterios de diagnóstico del TDA/H y/o de otro trastorno.

El diagnóstico y el tratamiento del TDA/H se describen extensivamente en la hoja N° 1 de Lo que sabemos, *El trastorno llamado TDA/H*.

EL TDA/H Y LOS TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

Debido a que con frecuencia el TDA/H se presenta con trastornos de comportamiento perturbador, es necesario que todos los niños que tengan síntomas de TDA/H y comportamiento perturbador sean evaluados con el fin de explorar la posibilidad de que el TOD o el TC puedan estar presentes además del TDA/H.

Entre los **trastornos de comportamiento perturbador** se encuentran dos trastornos similares: el trastorno de oposición desafiante (TOD) y el trastorno de conducta (TC). Entre los síntomas comunes que aparecen en los niños que tienen estos trastornos se encuentran

el desafío a las figuras de autoridad, los arrebatos de rabia, y otras conductas antisociales como mentir y robar. Se considera que la diferencia entre el trastorno de oposición desafiante y el trastorno de conducta está en la gravedad de los síntomas, y que pueden estar en continuidad, a menudo con el progreso del TOD a TC a medida que pasan los años.⁶

El **trastorno de oposición desafiante (TOD)** se refiere a un patrón recurrente de conductas negativas, desafiantes, desobedientes y hostiles contra las figuras de autoridad que dura al menos seis meses. Para un diagnóstico de TOD, hace falta que al menos cuatro de los siguientes síntomas estén presentes:

- perder la paciencia con frecuencia;
- reñir con los adultos con frecuencia;
- con frecuencia, desafiar o negarse activamente a cumplir las solicitudes o reglas de los adultos;
- molestar intencionalmente a otras personas con frecuencia;
- culpar con frecuencia a otros por los errores o mala conducta propios;
- ser susceptible o molestarse fácilmente por otros con frecuencia;
- estar enojado y resentido con frecuencia; y
- ser rencoroso o vengativo.

Estas conductas deben manifestarse más frecuentemente que en otros niños de la misma edad, y deben causar impedimentos significativos en el funcionamiento social, académico o laboral para asegurar el diagnóstico.⁷

El **trastorno de la conducta (TC)** incluye comportamientos más graves, como agresión hacia personas o animales, destrucción de la propiedad, mentir, robar y ausentarse de la escuela. Los comportamientos relacionados con el TC a menudo se describen como delincuencia. Los niños que exhiben esos comportamientos deben recibir una evaluación completa.⁸ Los niños y adolescentes que tienen TDA/H y TC suelen llevar vidas más difíciles y tener peores resultados que los niños que sólo tienen TDA/H.^{9,10}

INCIDENCIA DEL TDA/H Y EL TOC O EL TC

Entre una tercera parte y la mitad de los niños que padecen de TDA/H podrían tener trastorno de oposición desafiante (TOD) coexistente. Con frecuencia, estos niños son desobedientes y tienen estallidos de mal humor. El índice de niños que cumplen todos los criterios de diagnóstico para el TOD es similar en todas

las edades. Los varones tienen una mayor incidencia de TDA/H y de TOD, al igual que los niños cuyos padres se han divorciado y cuyas madres son de bajo nivel socioeconómico. Los niños que tienen el subtipo combinado de TDA/H parecen ser más propensos al TOD.

En algunos casos, los niños que padecen de TDA/H podrían, con el tiempo, desarrollar trastorno de conducta (TC), un patrón más grave de conductas antisociales.¹¹ El trastorno de conducta puede aparecer en el 25 por ciento de los niños y en el 45 por ciento de los adolescentes que tienen TDA/H.¹² El TC se observa más comúnmente en los niños que en las niñas, y su prevalencia aumenta con la edad. Los niños con TDA/H que también cumplen con los criterios de diagnóstico para el TC tienen el doble de probabilidades de tener dificultades para leer, y tienen mayor riesgo de sufrir problemas sociales y emocionales.¹³ Los problemas de conducta no agresiva aumentan con la edad, mientras que los síntomas agresivos se hacen menos comunes.

RIESGO DE PADECER TDA/H Y TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

Los niños con TDA/H y TC tienen a menudo mayor riesgo de estar en contacto con la policía y el sistema judicial que los niños que sólo tienen TDA/H. Con frecuencia, estos niños mienten o roban, y tienden a hacer caso omiso del bienestar de los demás. Además, se arriesgan a meterse en problemas graves en la escuela o con la policía. El riesgo de problemas legales podría atribuirse principalmente a los síntomas del TC en lugar de los de TDA/H.

Se ha hallado que si el trastorno de comportamiento perturbador y el TDA/H no se tratan, esto conduce a un mayor riesgo de trastornos por uso de sustancias.¹⁴ Además, los adolescentes con trastornos de comportamiento perturbador y TDA/H son más propensos a ser agresivos y hostiles en sus interacciones con los demás, y a ser arrestados. También se ha sugerido que la mayor impulsividad que se asocia con el TDA/H podría causar más conductas antisociales y sus consecuencias.¹⁵ Por eso, el reconocimiento y tratamiento oportunos del TDA/H y de los comportamientos perturbadores en los niños es fundamental.

TRATAMIENTO DEL TDA/H Y DE LOS TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

Todos los niños que tienen síntomas de TDA/H y TOD/TC necesitan ser evaluados para que ambos tipos de conductas problemáticas se puedan tratar. Es difícil vivir con estos niños, y los padres deben entender que no necesitan tratar solos con su hijo con TDA/H y TOD/TC. Las intervenciones como la capacitación en casa de los padres y el apoyo conductual en la escuela hacen una diferencia, y los padres no deben dudar en pedir ayuda.

INTERVENCIONES EN EL HOGAR

Capacitación de padres (CP): Se ha demostrado que la capacitación de padres es efectiva para el tratamiento de las conductas desafiantes y de oposición. Los programas estandarizados de capacitación de padres son intervenciones a corto plazo que enseñan a los padres estrategias especializadas, como atención positiva, ignorar, el uso efectivo de recompensas y castigos, acumulación de fichas simbólicas, y el uso de pausas (time out) para abordar problemas clínicamente significativos de la conducta.¹⁶ Ese tipo de programas de capacitación podría incluir sesiones de refuerzo periódicas.

Los casos graves de TC podrían exigir terapia multisistémica, un tipo de tratamiento intensivo basado en la familia y la comunidad que aborda las múltiples causas de las conductas antisociales graves de la juventud. Este método es muy exhaustivo y exigente. El terapeuta que se valga de ese tipo de método debe tener acceso a conocimientos y experiencia clínicos y del desarrollo. Estos servicios de intervención se brindan en diversos ámbitos (como el hogar, la escuela y los grupos de compañeros) según sea necesario. Se incluyen los problemas académicos y escolares, y algunos terapeutas trabajan directamente con un grupo completo de compañeros para influir en los cambios.¹⁷

La terapia de interacción entre padres e hijos es un tratamiento que enseña a los padres a fortalecer la relación con sus hijos y a aprender técnicas de manejo de la conducta. Se ha hallado que resulta eficaz a largo plazo para los niños pequeños que tienen TOD y TDA/H. Entre tres y seis años después del tratamiento, las madres cuyos hijos tienen estos trastornos informaron que los cambios en la conducta de sus hijos y sus propios sentimientos de control habían durado. Los informes de

las madres sobre los comportamientos perturbadores se redujo con el tiempo, después del tratamiento.¹⁸

Resolución cooperativa de problemas (RCP): Otra técnica que parece ser prometedora para los niños que tienen TDA/H y TOD es la resolución cooperativa de problemas (RCP).¹⁹ La RCP es un tratamiento que enseña a los niños y adolescentes difíciles a manejar la frustración y a aprender a ser más flexibles y adaptables. Los padres y los hijos aprenden a aportar ideas para soluciones posibles, a negociar, a tomar decisiones, y a implementar soluciones que sean aceptables para ambos. Aprenden a resolver los desacuerdos con menos conflictos.

Terapia familiar: Con frecuencia, la conducta del niño puede afectar a toda la familia. Los padres de los niños con TDA/H con frecuencia informan tener problemas matrimoniales. Las madres podrían estar más deprimidas, y los hermanos también podrían desarrollar problemas de conducta. La terapia familiar es crítica para ayudar a la familia a tratar estos problemas y afrontar la realidad de tener un hijo con TDA/H y conductas perturbadoras. Buscar un consejero o terapeuta familiar en el vecindario puede ayudar a toda la familia a tratar estos problemas.

INTERVENCIONES ESCOLARES

Apoyo conductual positivo para toda la escuela: Además del ambiente en el hogar, la escuela puede tener un impacto significativo sobre los patrones de conducta del niño. Muchos sistemas escolares ahora tienen programas implementados para ofrecer apoyo conductual positivo para toda la escuela. El objetivo de estos programas es fomentar tanto comportamientos sociales como logros académicos exitosos para todos los estudiantes. Estos programas están compuestos por (1) consecuencias claras y consistentes para las conductas inapropiadas, (2) contingencias positivas para conductas apropiadas, y (3) servicios basados en un equipo para aquellos estudiantes que tienen necesidades conductuales más extremas.

Tutorías: Se ha hallado que los síntomas de TDA/H de los niños, así como los síntomas de oposición, son significativamente más bajos en las sesiones de tutoría individuales que en el salón de clases.²⁰

Manejo del salón de clases: Ofrecer apoyo de instrucción apropiado en el salón de clases también puede reducir las conductas perturbadoras. Esto puede

consistir en crear un ambiente de aceptación y apoyo en el salón de clases, promover destrezas sociales y emocionales, establecer reglas y procedimientos claros, supervisar la conducta del niño, utilizar recompensas efectivamente, responder de manera consistente a las conductas problemáticas leves, y manejar efectivamente la ira o el comportamiento agresivo.

MEDICAMENTOS

Los resultados generales de varios estudios clínicos señalan que los medicamentos utilizados para el tratamiento del TDA/H (estimulantes y no estimulantes) siguen siendo un componente importante en el tratamiento del TDA/H y del TOD/TC coexistente.^{21,22} Los niños con estos trastornos que se tratan con estos medicamentos, no sólo estuvieron más atentos sino que también se mostraron menos antisociales y menos agresivos. Los medicamentos para el TDA/H son, a menudo, tratamientos efectivos para el comportamiento agresivo o antisocial en los pacientes con TDA/H, y ciertamente se relacionan con cualquier programa de tratamiento. (Para mayor información, vea la hoja N° 3 de Lo que sabemos, *Manejo de los medicamentos para los niños y adolescentes que tienen TDA/H*.)

Además de usar sólo medicamentos estimulantes, las combinaciones de medicamentos para reducir los síntomas conductuales y de comportamiento relacionados con el trastorno por déficit de atención / hiperactividad parecen ser muy efectivas. En varios estudios se informó que esta combinación de tratamiento fue bien tolerada, y que los efectos indeseados fueron transitorios.^{23,24}

¿QUÉ PUEDE HACER UN PADRE?

Para aumentar las probabilidades de un futuro exitoso, y para desalentar las conductas delictivas de los niños que tienen TDA/H, el diagnóstico y la intervención son extremadamente importantes. Es esencial para los padres ofrecer una estructura y reforzar la conducta apropiada. Además, es importante un plan de manejo positivo de la conducta para reducir la conducta antisocial. Los padres deben hablar sobre los síntomas conductuales de sus hijos con el pediatra o médico de familia, y buscar una remisión a un profesional de la salud mental que pueda sugerir estrategias efectivas para la crianza del niño.

Además, los padres deben ponerse en contacto con el consejero o psicólogo escolar del niño para hablar

sobre intervenciones posibles para mejorar la conducta en la escuela. A menudo, el hecho de que el consejero o psicólogo apoyen a los maestros en el manejo de las conductas en el salón de clases permite cambios conductuales significativos y reduce la incidencia de expulsiones. Es necesario imponer un manejo de la conducta constante en la casa, en la escuela y en otros lugares.

PARA MAYOR INFORMACIÓN Y MATERIAL DE LECTURA ADICIONAL

Barkley, Russell. (2000) *Taking charge of AD/HD: The complete, authoritative guide for parents* (edición revisada). New York, NY: Guilford Press. Este libro fue escrito para padres y otros que deseen saber más acerca del TDA/H y su manejo. El libro trata sobre el trastorno, el proceso de evaluación y valoración, el manejo en casa y en la escuela, y el uso de medicamentos.

Barkley, Russell. (1998). *Your defiant child: 8 steps to better behavior*. New York, NY: Guilford Press. Este libro se divide en dos partes: "Getting to Know Your Defiant Child" (Conocer a su hijo desafiante) y "Getting Along with Your Defiant Child" (Congeniar con su hijo desafiante). La segunda parte contiene un programa de ocho pasos para la crianza de los hijos a partir de la constancia.

Clark, Lynn. (1996) *SOS! Help for parents*. Berkeley, California: Parents Press. Este libro ayuda a los padres a aprender métodos para ayudar a los niños a mejorar su conducta y técnicas para ayudar a una gran variedad de personalidades infantiles, desde los tercos hasta los voluntariosos, y las bases de las pausas (time outs). Se enfoca en las destrezas básicas de las pausas y en cómo los padres pueden usar estas técnicas para incrementar el cambio de la conducta del niño.

Forgatch, Marion S. y Gerald R. Patterson. (2005) *Parents and adolescents living together: Family problem solving*. Champaign, Illinois: Research Press. Este libro muestra a los padres cómo mejorar sus destrezas de comunicación y resolución de problemas, realizar reuniones familiares, y hacer que toda la familia se involucre en la resolución de los problemas. Explica cómo los padres pueden enseñar a sus hijos adolescentes a ser responsables con el trabajo escolar, la conducta sexual, las drogas y el alcohol.

Goldstein, Sam; Robert Brooks y Sharon K. Weiss. (2004) *Angry children, worried parents: Seven steps to help families manage anger*. Plantation, Florida: Specialty Press. Este libro ayuda a los padres a tratar con la ira de sus hijos. Presenta los siguientes siete pasos para ayudar a los niños a manejar la ira: (1) entender por qué se enfurecen los niños, (2) determinar cuándo su hijo necesita ayuda, (3) ayudar al niño a volverse un participante activo del proceso, (4) usar estrategias para manejar y expresar la ira, (5) desarrollar e implementar un plan diario de manejo, (6) evaluar y resolver problemas, y (7) inculcarle una actitud resistente al niño.

Greene, Ross W. (1998). *The explosive child: A new approach for understanding and parenting easily frustrated, chronically inflexible children*. New York, NY: HarperCollins. Este libro habla sobre el comportamiento explosivo e inflexible de los niños, que podría relacionarse con el TDA/H, el trastorno de oposición desafiante, el trastorno obsesivo compulsivo, u otros trastornos psiquiátricos. El autor argumenta que las técnicas conductuales no funcionan con un pequeño subconjunto de niños que simplemente no tienen las destrezas necesarias para mejorar su conducta. Defiende el uso de interacciones positivas menos contradictorias y la búsqueda de maneras de anticipar, prevenir y redirigir el comportamiento explosivo siempre que sea posible.

Patterson, Gerald Roy. (1977) *Living with children: New methods for parents and teachers*. Champaign, Illinois: Research Press. En capítulos cortos y fáciles de leer, este libro explica cómo cambiar la manera en que se comporta su hijo mediante el uso de técnicas de modificación del comportamiento. Describe cómo usar los refuerzos positivos para terminar con problemas comunes como la enuresis (mojar la cama), los lloriqueos, las burlas y los robos.

Patterson, Gerald Roy y Marion S. Forgatch. (1987) *Parents and adolescents working together, Part I: The basics*. Eugene, Oregon: Castalia Publishing. Este libro ofrece a los padres guías de modificación de la conducta que pueden usar con adolescentes para fomentar una buena relación y evitar las peleas. Explica cómo hacer solicitudes y que funcionen, cómo supervisar y darle seguimiento a la conducta, cómo organizar registros de puntos y cómo aplicar efectivamente la disciplina.

Phelan, Tom. (2003) *1-2-3 Magic: Effective discipline for children 2-12* (tercera edición). Glen Ellyn, Illinois: ParentMagic Inc. El autor presenta tres pasos para disciplinar a los niños: controlar el comportamiento insoportable, estimular el buen comportamiento y fortalecer la relación con el niño. El autor también explica cómo manejar los seis tipos de pruebas y manipulación, cómo controlar la mala conducta en público y cómo evitar el síndrome de hablar, persuadir, discutir, gritar y pegar.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual*, cuarta edición, revisión del texto (2000). Washington, D.C.: APA.
2. American Academy of Pediatrics. (2000). Guías de práctica clínica: Diagnóstico y evaluación del niño que padece trastorno por déficit de atención / hiperactividad. *Pediatrics* 105: 1158-1170.
3. Biederman, J.; Faraone, S.V.; & Lapey, K. (1992). Comorbilidad del diagnóstico en el trastorno por déficit de atención / hiperactividad. En G. Weiss (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder, child & adolescent clinics of North America*. Philadelphia: Sanders.
4. Adesman A, (2003). A diagnosis of AD/HD? Don't overlook the probability of comorbidity! *Contemporary Pediatrics* 20 (diciembre de 2003).

5. Murphy KR; Barkley RA; & Bush T. (2002). Adultos jóvenes que padecen trastorno por déficit de atención con hiperactividad: diferencias de subtipo en la comorbilidad, y en la historia educativa y clínica. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 190(3): 147-157.
6. Loeber R., et al. 1993. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21 377-410.
7. American Psychiatric Association. (1994). *Manual estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales*, cuarta edición. Washington, DC: Autor.
8. Maughan B; Rowe R; Messer J, et al. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3); 609-621.
9. Harada, Y.; Yamazaki, T.; & Saitoh, K. (2002). Psychosocial problems in attention-deficit hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 56(4) 365-369.
10. Kadesjo C; Hagglof B; Kadesjo B, et al. (2003). Attention deficit-hyperactivity-disorder with and without oppositional defiant disorders in 3 to 7-year-old children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45(10) 693-699.
11. Lahey, B. B.; McBurnett, K.; & Loeber, R. (2000). Are attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder developmental precursors to conduct disorder? En A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (segunda edición) (pp. 431-446.). New York: Plenum.
12. CHADD (2000). *El TDA/H y los trastornos coexistentes*. Hoja de datos CHADD No. 5. Landover, Maryland: Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.
13. Pliszka, S.R. (2003). Psychiatric comorbidities in children with attention hyperactivity disorder: implications for management. *Paediatric Drugs*, 5, 741-750.
14. Bukstein, O.G. (2000). Disruptive behavior disorders and substance use disorders in adolescents. *Journal of Psychoactive Drug*, 32(1): 67-79.
15. Murphy, K.R.; Barkley, R.A.; & Bush, T. (2002). Adultos jóvenes que padecen trastorno por déficit de atención con hiperactividad: diferencias de subtipo en la comorbilidad, y en la historia educativa y clínica. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 190(3): 147-157.
16. Farley, S.E.; Adams, J.S.; & Lutton, M.E., et al. (2005). What are effective treatments for oppositional and defiant behaviors in preadolescents? *Journal of Family Practice*, 54(2): 162-165.
17. Henggeler, S.W., Rodick, J.D., Bordum, C.M., Hanson, C.L., Watson, S.M., & Urey, J.R. (1986). Multisystemic treatment of juvenile offenders: Effects on adolescent behavior and family interactions. *Developmental Psychology*, 22, 132-141.
18. Hood, K.K. & Eyberg, S.M. (2003). Outcomes of parent-child interaction therapy: mothers; reports of maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(3): 419-429.
19. Greene, R.W.; Ablon, J.S.; Goring, J.C., et al. (2004). Effectiveness of collaborative problem with solving in effectively dysregulated children with oppositional-defiant disorder: initial findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6): 1157-1164.
20. Stayhorn, J.M. & Bickel, D.D. (2002). Reduction in children's symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder during individual tutoring as compared with classroom instruction. *Psychology Rep*, 91(1): 69-80.
21. Pliszka, S.R. (2003). Psychiatric comorbidities in children with attention deficit hyperactivity disorder: implications for management. *Paediatric Drugs*, 5: 741-750.
22. Newcorn, J.H.; Spencer, T. J.; Biederman, J., et al. (2005). Atomoxetine Treatment in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbid Oppositional Defiant Disorder. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 44(3) p240-248.
23. Hazell, P.L. & Stuart, J.E. (2003). A randomized controlled trial of clonidine added to psychostimulant medication for hyperactive and aggressive children. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(8): 886-894.
24. Conner, D.E.; Barkley, R.A.; & Davis, H.T. (2000) A pilot study of methylphenidate, clonidine, or the combination in AD/HD comorbid with aggressive oppositional defiant or conduct disorder. *Clinical Pediatrics*, 39(1): 15-25.

La información provista en esta hoja recibió el apoyo de la Subvención/Número de Acuerdo de Cooperación R04/CCR321831-01 de los Centros para el control y la prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC). El contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no representa necesariamente las opiniones oficiales de los CDC. Esta hoja de datos fue aprobada por la Junta de asesoría profesional de CHADD en 2005.

© 2005 Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD).

Para información adicional acerca de TDA/H o de CHADD, favor de ponerse en contacto con el:
**National Resource Center on AD/HD
 Children and Adults with Attention Deficit/
 Hyperactivity Disorder**

8181 Professional Place, Suite 150
 Landover, MD 20785
 1-800-233-4050

www.help4adhd.org

Por favor, visite también el sitio electrónico de CHADD en www.chadd.org.