

Impacto Psicosocial del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). (Primera Parte)

AUTORA: Prof. Agda. Dra. Gabriela Garrido¹.

PALABRAS CLAVES: Trastorno por Déficit Atencional, Impacto Social, Calidad de Vida, Salud Pública.

RESUMEN: El impacto psicosocial del TDAH se refiere a aquellos rasgos asociados al trastorno, al deterioro en el funcionamiento del individuo en la vida familiar, escolar y social, así como a la presencia de otros problemas que coexisten con el TDAH.

Múltiples factores determinan que el TDAH presente un importante impacto social que no queda limitado a la salud individual y al entorno del individuo portador del trastorno, si no que determine un impacto a nivel de la salud pública. El mismo se basa en su alta prevalencia en la niñez con continuidad a lo largo de la vida y su repercusión a nivel del funcionamiento educativo y laboral del individuo, a la vez que su frecuente asociación con otros fenómenos de impacto para la salud pública como la accidentalidad, el abuso de sustancias y las conductas violentas.

Este trabajo se enfoca en la revisión de artículos recientes sobre el impacto del TDAH en el ámbito familiar, escolar y laboral con un detrimento en las evaluaciones de Calidad de Vida de los pacientes y sus familias.

Se destaca la importancia de considerar la inclusión de evaluaciones de calidad de vida y funcionamiento psicosocial en los protocolos de investigación a la vez que tener en cuenta estos aspectos a la hora de evaluar los tratamientos psicofarmacológicos y psicosociales del TDAH.

Introducción

El impacto psicosocial del TDAH se refiere a aquellos rasgos asociados al trastorno, al deterioro en el funcionamiento del individuo en la vida familiar, escolar y social, así como a la presencia de otros problemas que coexisten con el TDAH. (1)

Esta revisión da continuidad al trabajo realizado en el 1° Consenso Latinoamericano para el Diagnóstico y Tratamiento del TDAH en México 2007, (2) centrándose en la revisión de trabajos vinculados a la repercusión que produce el TDAH en el funcionamiento del individuo en el ámbito familiar, educativo y laboral. Asimismo, se sintetizan nuevos estudios que muestran el impacto del TDAH en la calidad de vida de los sujetos en las distintas edades.

Existen diversos factores que determinan que el TDAH presente un importante impacto social que no queda limitado a la salud individual y al entorno del individuo portador del trastorno, si no que conlleva un impacto a nivel de la salud pública.

Su alta prevalencia, entre 3-7% de la población infantil en edad escolar y en estudios recientes se plantea que esta cifra asciende al 8-12%. (3); su frecuente asociación con otros problemas graves para la salud pública como los trastornos por abuso de

¹ Docente de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica - Facultad de Medicina - UDELAR

sustancias, los accidentes y las conductas violentas; la persistencia de sintomatología hasta la vida adulta en casi un 70% de los casos(4); la repercusión del TDAH en el bajo rendimiento escolar y laboral; así como la carga de la enfermedad que representa para la familia y el estado, son algunos de los factores que explican su alto impacto en la salud pública.

A pesar de esto, la medición de dicho impacto a nivel poblacional en los países de América Latina es dificultosa ya que no existen registros en salud, suficientes para discriminar estos efectos y las investigaciones son limitadas. Los registros continuos en los países aún son muy escasos, discontinuos y difícilmente comparables. No se cuenta con cuentas nacionales en salud que permitan medir el gasto global en salud mental y aún menos para grupos específicos de trastornos.(5,6)

Por este motivo, la medición del impacto social del TDAH a nivel poblacional debe realizarse a través de la investigación epidemiológica en salud mental infantil, para conocer la prevalencia de este trastorno para cada sociedad, las comorbilidades y su asociación con deterioros académicos y sociales. Se requiere de más estudios en Latinoamérica que permitan determinar la asociación del TDAH con otros problemas asociados, emergentes para la salud pública como el consumo de sustancias, los accidentes y la violencia.

De acuerdo a la realidad de cada país, el análisis de los datos existentes en el sistema previsional, que permitan evaluar el peso del TDAH dentro de las enfermedades mentales puede ser un recurso para inferir la carga que representa este trastorno.

Las potenciales áreas problemáticas asociadas con el TDAH han sido definidas desde hace tiempo(7) como: escolares/académicas; en las relaciones interpersonales; en lo referente al tabaquismo y abuso de sustancias; accidentes de bicicleta, moto y auto; vocacionales y ocupacionales.

El TDAH y su impacto en el ámbito familiar.

Si bien los factores familiares no son causantes del TDAH, estos tienen una gran influencia en la evolución y pronóstico del mismo, así como en el deterioro psicosocial asociado al trastorno. Entre las características del niño y las de la familia se establece un engranaje complejo donde las estrategias parentales de crianza con métodos de disciplina agresiva, poco proactiva, sentimientos negativos de los padres hacia los hijos, etc. mantienen una relación significativa con los niveles de hiperactividad. A la vez que no cabe duda que el ejercicio de la paternidad se influye por la hiperactividad.

Es sabido que los padres de niños con TDAH tienen niveles más altos de: Stress, aislamiento social, depresión, problemas de pareja y riesgo de maltrato infantil(8,9)

Un estudio realizado por Donenberg y Baker(10), compara el impacto que ocasionaban en las familias tres grupos de niños en etapa preescolar, uno diagnosticados como autistas, otro con hiperactividad o comportamientos agresivos y uno control, subrayando la influencia del TDAH en el funcionamiento del sistema familiar. Estos autores concluían que los padres del grupo de niños hiperactivos consideraban que éstos habían tenido un impacto negativo en su vida social, tenían sentimientos más negativos sobre la paternidad y un mayor estrés relacionado con sus hijos que los padres del grupo control. A la vez, este estudio señala que en las familias de niños hiperactivos se daban niveles

de impacto similares a los de las familias con hijos autistas.

Estudios más recientes,(11) plantean que los padres perciben que la convivencia con su hijo hiperactivo resulta excesivamente difícil y estresante y ejerce una influencia negativa sobre la familia. Relacionan los altos niveles de estrés con la incapacidad de manejar el comportamiento del niño. Los padres de niños con TDAH se encuentran más incómodos públicamente y en las visitas por lo cual se podría explicar el mayor aislamiento social de estas familias. Las relaciones padres-hijos están dadas por enfrentamientos y desacuerdos frecuentes, debido a que los niños con TDAH son menos complacientes y más negativistas, todo lo cual es fuente de conflictos maritales. A pesar de esto, este estudio como otros previos, no muestra asociación significativa entre las separaciones de las parejas y la presencia de TDAH en sus hijos.

Un estudio que evalúa calidad de vida en niños y adolescentes con TDAH(12), releva la repercusión a nivel de la familia a través de dos indicadores: 1) actividad familiar y 2) cohesión familiar, en un grupo de niños portadores de TDAH en relación a las muestras normativas. El estudio muestra que los problemas de los niños con TDAH tenían un impacto significativo en la salud mental de los padres y el tiempo de los mismos para satisfacer sus propias necesidades y estos interferían con las actividades familiares y la cohesión familiar.

A la vez que no cabe duda que el ejercicio de la paternidad se influye por la hiperactividad de los niños, el ambiente familiar donde se desarrolla el niño con TDAH puede constituir un factor de protección cuando la dinámica de su familia es funcional, pero también cuando existen interacciones violentas entre miembros de la familia, se exacerban los síntomas y se agregan otros, propios de cuadros psicopatológicos diversos. (13)

En un estudio descriptivo, transversal de niños mexicanos en edad escolar, se compara un grupo clínico de 100 niños, (con diagnóstico de trastorno disruptivo del comportamiento que incluye el TDAH) y otro control de una escuela pública, en relación a las creencias sobre crianza y aplicación de castigos por parte de sus padres. Del mismo surge, que los niños con trastornos disruptivos de la conducta eran castigados más duramente que los niños del grupo control. Por lo cual plantea, que la existencia de trastornos disruptivos del comportamiento en los niños los pone en riesgo de sufrir un trato agresivo de parte de sus padres y de ser maltratados, lo cual posteriormente promueve el desarrollo de comportamientos más agresivos.(14)

En un estudio mexicano, aún no publicado, se explora la asociación de problemas internalizados y externalizados en un grupo de niños portadores de TDAH y testigos de violencia dirigida hacia la madre en el ambiente familiar. En este estudio se confirmó la manifestación de problemas internalizados y externalizados agregados a su trastorno de base, en asociación con la violencia familiar observada por el niño. Encuentran a menor edad de la madre, una mayor correlación con problemas internalizados y a menor edad del padre una mayor correlación con los problemas externalizados.(13)

El TDAH y su impacto en el funcionamiento educativo y laboral.

Dificultades en el aprendizaje, pobre tolerancia para permanecer sentado, poca organización para realizar tareas, para terminar trabajos, para esperar turnos, problemas

de conducta, problemas interpersonales, repetición escolar, suspensiones, expulsiones, fracaso escolar o liceal, son situaciones que frecuentemente padecen los niños portadores de TDAH en la edad escolar.(7)

El TDAH ha sido consistentemente asociado con déficit intelectual, educativo y laboral. En un estudio reciente de Biederman(15), se evalúan sujetos adultos para determinar de qué manera los déficits educativos y laborales asociados al TDAH, se encontraban dentro de lo esperado para las habilidades intelectuales de ese sujeto o descendidas en relación a ellas.

Los autores seleccionan sujetos adultos portadores (n:224) o no portadores (n:146) de TDAH y los evalúan con entrevista diagnóstica estructurada; evaluación neuropsicológica y con la escala de status socioeconómico de Hollinshead para evaluar los logros educativos y laborales. Las expectativas educativas y laborales se establecieron de acuerdo al coeficiente intelectual en relación a los estándares para su edad y sexo.

Basados en su coeficiente intelectual, se podía prever que los sujetos con TDAH tuvieran logros educativos significativamente por encima de los que habían alcanzado.

Adicionalmente, basados en la educación alcanzada, para los adultos con TDAH podían predecirse niveles ocupacionales superiores a los observados.

En conclusión, el TDAH estaría asociado con logros educativos y laborales descendidos en relación a lo que podía esperarse en base a su potencial intelectual.

Estos hallazgos marcan la importancia crítica de la identificación temprana y el tratamiento oportuno de los individuos con TDAH. Intervenciones apropiadas podrían ser altamente beneficiosas para reducir la disparidad entre las habilidades y los logros de los individuos con TDAH. A su vez, los logros educativos superiores brindarían mayores oportunidades en la esfera laboral, lo cual está vinculado con un status socioeconómico superior y una mejor auto-estima. Todo esto tiene fuertes implicancias en la salud pública.(15)

En un primer estudio epidemiológico nacional, sobre salud mental en niños uruguayos, escolarizados entre 6 a 11 años (n:1374), utilizando la Children Behavior Checklist (CBCL) se detectó una prevalencia de 7,6%. (16). En este estudio se detecta una repercusión significativa en el desempeño escolar en el grupo de niños portadores de TDAH (n:104). El 41,3% de estos niños presentaba repetición escolar de por lo menos un año, en tanto en la muestra normativa, ésta estaba presente en el 14,2%.

Cuando se considera el “fracaso escolar” (más de dos años de repetición), el mismo lo presenta casi un 8% del grupo portador de TDAH frente al 2,5% de la muestra representativa nacional.(17)

Los datos sobre el acceso a tratamientos especializados muestran que más del 60% de los niños portadores de TDAH no habían recibido ningún tratamiento especializado y sólo el 20,2% recibió tratamiento farmacológico, no pudiendo metodológicamente discriminarse en este estudio, con qué tipo de fármaco. Estos datos muestran que a un alto porcentaje de los que consultaron con profesionales de Salud Mental no se les indicó tratamiento farmacológico

El estudio concluye sobre la necesidad de investigar más sobre la posible asociación del alto porcentaje de repetición con la precariedad y escasez de los tratamientos apropiados.

Un estudio epidemiológico en un municipio de Antioquía, Colombia en el 2001, de niños

entre 4-17 años, en el cual se establece una alta prevalencia de TDAH, alcanzando un 20% a predominio del tipo combinado, se vio una marcada repercusión en el desempeño académico y baja proporción de intervenciones farmacológicas para el trastorno (15%). Estos autores dejan planteada la necesidad de programas para la detección e intervención de la problemática en la población escolar.(18)

El TDAH y su impacto sobre la calidad de vida.

Desde los primeros estudios sobre las repercusiones del TDAH se sugiere un deterioro en la esfera emocional, especialmente con sentimientos negativos entre los niños y adolescentes con déficit atencional e hiperactividad. Esto se manifiesta particularmente en aquellos sujetos que presentan comorbilidad con trastorno de conducta. Además, los primeros estudios sobre calidad de vida en niños y adolescentes con TDAH, han mostrado que la misma, está negativamente afectada en comparación con los controles sanos.(19)

Sin embargo, aún son escasos los estudios que incluyen la evaluación de la calidad de vida de los niños y adolescentes afectados por TDAH. Quizás, esto está vinculado con la metodología de auto-reporte en que niños y adolescentes deben dar cuenta de sentimientos y percepciones a la hora de evaluar su calidad de vida, y a que aún, son escasos y complejos los instrumentos validados para evaluar calidad de vida en niños y adolescentes.

El objetivo del tratamiento del TDAH además de la disminución de los síntomas propios del trastorno, debe ser mejorar el funcionamiento global e incrementar el bienestar del niño y los que lo rodean. Sin embargo, las evaluaciones sobre las respuestas a los tratamientos, frecuentemente se limitan exclusivamente a medir las modificaciones en la sintomatología, usando escalas de síntomas aplicadas a padres o maestros. Estudios más recientes proponen el uso de instrumentos complementarios a los inventarios de comportamiento que permitan obtener una información más amplia sobre las condiciones de salud del niño y su calidad de vida.(19)

En un Estudio descriptivo transversal que se llevó a cabo en la Columbia Británica en Canadá, se compara un grupo de niños portadores de TDAH con dos muestras normativas de USA y Australia, mostrando que el TDAH tiene un impacto significativo en varios dominios de la evaluación de la calidad de vida en niños y adolescentes y que este impacto está asociado con la severidad de la sintomatología y la presencia de comorbilidades.

La muestra incluyó a 165 niños que fueron remitidos a la Clínica de TDAH en la Columbia Británica entre noviembre de 2001 y octubre de 2002 con una edad media de 10 años, de los cuales el 81% eran varones. El TDAH fue diagnosticado en 131 niños, de los cuales 69% tenía un trastorno psiquiátrico comórbido. Algunos niños tenían más de uno. 23 niños tenían dos comorbilidades, 5 tenían tres y en un caso había cuatro. Dentro de los trastornos asociados estaban las Dificultades de Aprendizaje (LD), el Trastorno Oposicionista Desafiante (ODD) y Trastorno de Conducta (CD) y el resto presentaba otros diagnósticos. Se utilizó la versión para padres del cuestionario sobre salud infantil (50 ítems) (CHQ-PF50) que mide salud física y psicosocial discriminados en varios dominios”). Se incluyen aparte otras dos dimensiones sobre actividades de

la familia y la cohesión familiar. La gravedad de los síntomas se obtiene de padres y docentes con un inventario de síntomas para niños y adolescentes (“Child Adolescent Symptom Inventory”). Además, cada niño fue sometido a una evaluación psiquiátrica completa, evaluando los 5 ejes del DSM IV.

El estudio muestra que el TDAH tiene un impacto significativo en varios dominios de la Calidad de Vida referida a la salud (HRQL) en niños y adolescentes, confirmando la hipótesis de que en comparación con las muestra normativas estos niños tenían más problemas en términos de funcionamiento emocional y comportamental, en sus comportamientos, salud mental y autoestima.(19)

Además, los problemas de los niños con TDAH tenían un impacto significativo en la salud mental de los padres y en el tiempo de los mismos para satisfacer sus propias necesidades y estos interferían con las actividades familiares y la cohesión familiar. El estudio agrega nueva información sobre la relación entre la severidad de los síntomas y la comorbilidad, con resultados más pobres en el HRQL psicosocial. Los niños con múltiples trastornos comorbidos tenían HRQL psicosocial más pobres en distintos dominios, comparados con aquellos sin comorbilidad. Asimismo, el HRQL era significativamente más pobre en los que tenían ODD/CD. La demostración de un impacto diferencial del TDAH en la salud y el bienestar en relación a la severidad y comorbilidad de los síntomas tiene importantes implicancias en las políticas vinculadas a educación especial y otros servicios de apoyo.

Los autores señalan que ya que el impacto del TDAH no es uniforme, las decisiones acerca de los apoyos necesarios, deberían incorporar un rango más amplio de indicadores relevantes de evolución, incluyendo el de HRQL. Se demuestra así que muchas áreas de la salud están afectadas en niños con TDAH por lo cual se sostiene que en los estudios de investigación se deben incluir mediciones de estos dominios más amplios de impacto en la familia y en la salud del niño.

Otro estudio reciente, que examina diferencias por edad y subgrupos de “coping” y calidad de vida en varones entre 8 y 12 años con TDAH y grupo normativo, muestra que los niños y adolescentes con TDAH mostraban deterioros en todos los dominios de calidad de vida comparados con los controles.(20) Estos autores señalan que el subgrupo con TDAH y TC mostraba más “evitación pasiva” y “resignación” comparados con el grupo de TDAH sólo. Comparados con la muestra normativa, mostraron un “coping” maladaptativo incrementado. Adicionalmente, el subgrupo que asociaba Trastorno de Conducta, puntuaba más alto en todas las estrategias maladaptativas de “coping” en relación a la muestra normativa. Finalmente, todos los dominios de calidad de vida estuvieron deteriorados entre los niños y adolescentes con TDAH comparados con los controles. Este hallazgo sostiene la importancia de considerar la regulación emocional y la calidad de vida en las investigaciones sobre TDAH en niños y adolescentes, para desarrollar programas efectivos para la prevención y la intervención.(21)

Resumiendo, los estudios sobre calidad de vida indican que el TDAH no debería ser reducido a los síntomas centrales ya que los niños afectados están disminuidos en casi todas las áreas de la vida diaria.(22)

Si bien los reportes paternos han mostrado ser de alta confiabilidad respecto de las dificultades emocionales y comportamentales de sus hijos(23), en lo referido a los sentimientos y percepciones en relación a su salud y calidad de vida, toman jerarquía

los auto-reportes realizados por niños y adolescentes. Existen pocos datos sobre investigaciones que den cuenta del acuerdo entre los informes de padres e hijos sobre calidad de vida de los niños. El grupo de investigación canadiense encabezado por Klassen realizó un estudio buscando la concordancia entre lo reportado por padres e hijos portadores de TDAH, en relación a la calidad de vida de los niños y adolescentes. En una muestra que abarca edades de 10-17 años portadores de TDAH, en el correr de un año, aplicando el Cuestionario de Salud Infantil (versión para padres y para niños/adolescentes).(24)

La respuesta estandarizada media, indica diferencias clínicamente importantes en las puntuaciones medias de conducta y autoestima. La discrepancia entre las puntuaciones de padres e hijos estuvo relacionada con la presencia de la comorbilidad del trastorno oposicionista desafiante, un estrés psicosocial y el aumento de los síntomas del TDAH.

A pesar de que el auto-reporte es un medio importante para obtener datos de la Calidad de vida en niños con TDAH, este estudio muestra discrepancias entre el informe de padres e hijos, por lo cual la medición de ambas perspectivas parece ser más apropiada.

Existen otros factores, además de la severidad de la sintomatología y la comorbilidad con otros trastornos, capaces de afectar la calidad de vida en niños y adolescentes con TDAH. En un estudio reciente en Australia sobre la prevalencia de problemas en el sueño en una muestra de niños escolares portadores de TDAH, se detectó que los mismos, estaban frecuentemente asociados (leves en un 28,5% y moderados en el 48,5%) y que su presencia tenía repercusión sobre la calidad de vida de estos niños. Estos autores encontraron que el funcionamiento diario de estos niños era más pobre y la salud de los cuidadores y el funcionamiento familiar estaba más afectado.(25)

Este estudio destaca la importancia de detectar y tratar los problemas del sueño asociados al TDAH y la necesidad de evaluar en futuras investigaciones si los tratamientos de los trastornos del sueño pueden reducir evoluciones adversas en niños portadores de TDAH.

A pesar de que las investigaciones de TDAH en adultos son muy posteriores a las publicaciones en niños y adolescentes, proporcionalmente en lo relativo a calidad de vida, los estudios en adultos son más frecuentes que en niños. Puede deberse a que se cuenta con más instrumentos validados y se obtienen con mayor facilidad los auto-reportes de adultos.

Recientemente Mick y Faraone(26) evaluaron las propiedades psicométricas de la versión corta del cuestionario de la calidad de vida y disfrute de satisfacción (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form - (Q-LES-QSF) y la Escala de Ajuste Social (SAS) en un estudio caso - control en adultos con TDAH con y sin tratamiento con metilfenidato. Encontraron una consistencia interna de la Q-LES-QSF alta (.88) y la correlación entre Q-LES-QSF/SAS con un .72.

Los sujetos con TDAH mostraron puntuaciones significativamente más pobres en el Q-LES-QSF que los controles sanos. Los TDAH respondedores al tratamiento mostraron Q-LES-QSF mejores en comparación con los sujetos no respondedores. Estos resultados apoyan la validez de la Q-LES-QSF como una medida de la calidad de vida en adultos con TDAH y su utilidad para incorporarse a la hora de evaluar tratamientos.(27)

En un estudio de Biederman y Faraone, se evaluó el deterioro funcional en una muestra no referida de adultos que se identificaban a sí mismos como portadores de diagnóstico de TDAH, hecho por un médico de su comunidad, encontrando que los sujetos que se identificaban a sí mismos como portadores de TDAH, tenían un deterioro funcional significativo en distintos dominios.(28)

	TDAH	Sin TDAH
Graduados secundaria	83%	93%
Títulos universitarios	19%	26%
Empleo actual	52%	72%
Cambios de trabajo en los últimos 10 años	5,4	3,4
Arrestos	37%	18%
Divorcio	28%	15%
Satisfacción vida Fliar/Laboral	menor	mayor

Por otro lado, parece haber acuerdo en que la carga del TDAH en adultos disminuye cuando se realizan tratamientos farmacológicos efectivos durante la infancia. Goksoyr y col, compararon retrospectivamente adultos portadores de TDAH que en su infancia habían recibido tratamiento con estimulantes, con un grupo control sin tratamiento, comparándolos en relación a un “Índice de Carga” construido en base a cinco variables: abuso de sustancias, criminalidad, la “Glogal Severity Index of SCL-90 y el funcionamiento y calidad de vida. Hallaron que el tratamiento con estimulantes en la infancia y adolescencia contribuye con un mejor funcionamiento psicosocial y calidad de vida en la adultez.(29)

Todo parece indicar que debemos considerar la inclusión de evaluaciones de calidad de vida y funcionamiento psicosocial en los protocolos de investigación a la vez que tener en cuenta estos aspectos a la hora de evaluar los tratamientos psicofarmacológicos y psicosociales del TDAH.

TDAH y costo económico para la familia y la sociedad.

Aunque el TDAH puede tener un impacto profundo en las actividades de la vida diaria incluyendo logros educacionales, desempeño en el trabajo, existe investigación limitada sobre el impacto del TDAH en la pérdida del ingreso individual y los efectos económicos globales.

En un estudio de Biederman y Faraone, fueron entrevistados dos grupos de adultos entre 18 y 64 años. Uno derivado de una lista nacional de sujetos que se identifican a sí mismos como habiendo recibido diagnóstico de TDAH (n:500) macheado por edad y género con un grupo control (n:501) proveniente de una muestra telefónica-digital randomizada, sin diagnóstico de TDAH.

Estadísticamente menos sujetos del grupo de TDAH tenían logros académicos más allá del liceo. Además, menos sujetos con TDAH tenían empleos de tiempo completo (34%),

comparado con los controles (59%). Salvo en el grupo de 18 a 24 años, el promedio de ingresos familiares fueron significativamente menores entre individuos con TDAH comparado con los controles, sin importar los logros académicos o las características personales. La disminución del ingreso económico individual entre los adultos con TDAH, contribuye sustancialmente en la pérdida de la fuerza de trabajo productiva en Estados Unidos.

El TDAH impone una pérdida económica marcada, por el costo de la atención médica y la pérdida de trabajo para los pacientes y las familias.(30)

BIBLIOGRAFÍA

1. **Sauceda J.** Impacto Psicosocial del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Psiquiatría Organo Oficial de Difusión de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C.* 2007; 23:54-58.
2. **Barragán E. P., Ortiz F., Ruiz S., Hernández M., Palacios J., L. Suárez, A.** Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Boletín Médico Hospital Infantil de México.* 2007; 64:326-343.
3. **Biederman J. FS.** Attention-deficit hyperactivity disorder. In: *Lacet*; 2005. p.237-48.
4. **Ponce-Carmona J.** Marco Jurídico y Políticas Públicas en Latinoamérica en relación al TDAH. *Psiquiatría Organo Oficial de Difusión de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C.* 2007; 23:64-68.
5. **Garrido G, Cherro M.** Proyecto ATLAS en el Uruguay. Versión para Niños y Adolescentes. En: *OMS, editor.*; 2004.
6. **OMS.** Mapeo Internacional de Recursos Terapéuticos, Sistemas y Políticas en Salud Mental. En: 2005.
7. **JAACAP.** ADHD Practice Parameters. *JAACAP* 1997:36-89.
8. **Johnston. Ma.** *J Clin Child Psychol* 1990:19-313.
9. **Barkley.** *Am J Orthopsychiatry* 1996, 66-93.
10. **Donenberg G, Baker B.** The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *J Abnorm Child Psychol* 1993; 21:179-98.
11. **Roselló R.** El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurología* 2003; 36 (Supl 1):S79-S84.
12. **Klassen AF MA, Fine S.** Health-Related Quality of life in Children and Adolescents Who Have a Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2004; 114:541-547.
13. **Sauceda JRM, E. Gutiérrez, J.** Síntomas internalizados y externalizados en niños con TDAH testigos de violencia dirigida a la madre. En: 2008.
14. **Sauceda J.** El castigo físico en la crianza de los hijos. Un estudio comparativo. *Boletín Médico Hospital Infantil de México.* 2007; 63:382-388.
15. **Biederman J, Petty C.** Educational and occupational underattainment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled study. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:1217-1222.
16. **Viola L., Garrido G., Varela A.** Estudio epidemiológico sobre la Salud Mental de

los niños uruguayos. Montevideo: CSIC; 2008.

17. **Viola L., Garrido G.** Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevideanos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2008; 72(1):9-17.

18. **Cornejo OO, Sánchez Y., Carrizosa J., Sánchez G., Grisales H., Castillo-Parra H., Holguín J.** Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Rev. Neurolog.* 2005; 40:716-722.

19. **Klassen A., Miller A., Fine S.** Health-Related Quality of life in Children and Adolescents Who Have a Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2004; 114:541-547.

20. **Hampel P., Desman C.** Coping and quality of life among children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder.

Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2006; 55:425-43.

21. **Hampel P. DC.** Coping and quality of life among children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2006; 55:425-43.

22. **Huss M.** Attention-deficit hyperactivity disorder: Risk factors, protective factors, health supply, quality of life. A brief review.]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2008; 51:602-5.

23. **Ford T.** Alta confiabilidad del reporte paterno respecto de la salud mental de sus hijos. *Evidencia* 2006 Junio 2006:75 - 76

24. **Klassen A., Miller A., Fine S.** Agreement between parent and child report of quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Care Health Dev.* 2006; 32(4):397-406.

25. **Sung V. HH, Sciberras E., Efron D.** Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and the effect on the child and family. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008; 162(4):336-42.

26. **Mick E. FS, Spencer T., Zhang HF, Biederman J.** Assessing the validity of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form in adults with ADHD. *J Atten Disord.* 2008; 11(4):504 -9.

27. **Faraone S.** What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *Am J Psychiatry* 2007:164-175.

28. **Biederman J. FS.** Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community.

29. **Goksoyr P., Nottestad J.** The burden of untreated ADHD among adults: the role of stimulant medication. *Addict Behav* 2008; 33(2):342-6.

30. **Swensen AB, Secnik H., Marynchenko, M. Greenberg, P. Claxton, A.** Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Increased Costs for Patients and Their Families. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2003; 42 (12):1415-1423.