

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD.

Prof. Dr. Cristóbal Martínez Gómez

Introducción.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH, es una patología bien definida en los niños. Está aceptado por todos los especialistas como el motivo de consulta más frecuente. Hasta hace algunos años se creía que esta desaparecía con el tiempo. Hoy se sabe que no es así. La remisión que según diversos autores se produce alrededor del 60 % de los pacientes conlleva, una disminución en la intensidad de los síntomas, pero no la desaparición de estos. La actividad de los niños varía ampliamente. Esto es ya evidente en el recién nacido. En un estudio hecho en lactantes durante las dos primeras semanas de vida se encontró que el niño más activo era trescientas veces más que el niño menos activo. Lo cual debemos tener en cuenta ya que en edades posteriores también existirán diferencias individuales que pueden confundir a un observador independiente.

El trastorno es frecuente y puede aparecer en un 3% de los niños. En poblaciones clínicas el trastorno es entre 6 y 9 veces más frecuentes en niños que en niñas. En la mayoría de los casos no puede determinarse una causa específica. Los síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad se piensa que están relacionados con trastornos de los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico. La atención y concentración se teoriza sean mediados por la senda de la dopamina. Se cree que este trastorno es más frecuente entre los familiares de primer grado de los niños afectados, que en la población general.

Prevención

La mejor forma de prevenir este trastorno es evitar los factores etiológicos, así como atenuar los factores de riesgo. Particularmente, es importante la prevención de las complicaciones, ya que estas son, a veces, más problemáticas que el trastorno en sí. Nos referimos al fracaso escolar que puede ser evitado con un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno. En este campo la Medicina General Integral juega un papel de

primera línea en la detección y el manejo de los problemas familiares que inciden en el comportamiento de éstos niños. Es importante tratar de detectar el trastorno antes que el niño ingrese en la escuela.

Cuadro Clínico

La sintomatología esencial consiste en falta de atención, impulsividad e hiperactividad. Estas manifestaciones se pueden presentar en la escuela, en el hogar o en los juegos.

En la escuela la hiperactividad se manifiesta en la dificultad para permanecer sentado, saltar, correr, molestar a sus compañeros, manipular objetos, retorcerse, y moverse continuamente en el asiento. La falta de atención se hace evidente en la falta de persistencia en las tareas. Da la impresión de no estar escuchando. La impulsividad se pone de manifiesto por las respuestas precipitadas antes de que se acaben de formular las preguntas, hacer comentarios fuera de lugar, interrumpir al profesor, hablar durante las horas de clase. Todo ello hace que el trabajo escolar sea sucio y descuidado.

En el hogar, la hiperactividad se manifiesta en estar en movimiento continuo, no se entretiene con nada, registra, toca todo y es excesivamente ruidoso. La falta de atención se aprecia en la incapacidad para seguir las instrucciones o peticiones y por cambiar de una actividad no terminada a otra. La impulsividad se manifiesta en la interrupción de la actividad de otros miembros de la familia y tener una conducta propensa a los accidentes.

Con sus compañeros la hiperactividad se manifiesta en una conversación excesiva y en la incapacidad para jugar tranquilo, así como para regular su propia actividad de acuerdo con las necesidades del juego. Debido a la falta de atención no capta las reglas ni escucha a otros niños. La impulsividad se evidencia en la incapacidad para esperar su turno en el juego, interrumpir, ser poco cuidadoso al tomar los objetos, y por realizar juegos potencialmente peligrosos sin tener en cuenta las consecuencias.

Además de estos síntomas esenciales se pueden observar otros con relativa frecuencia, se incluyen aquí, la baja autoestima, baja tolerancia a las frustraciones, temperamento irascible y labilidad emocional. Otros síntomas como negativismo desafiante, enuresis y tics pueden asociarse. Los signos neurológicos “blandos” como: Deficiente coordinación mano-ojo, dificultad para diferenciar fondo- figura, dificultad para la comprensión de los impulsos sensoriales, integración motora deficitaria,

hipersensibilidad a los estímulos, dureza de oído e irritabilidad pueden estar asociados. El diagnóstico se basará en el cuadro clínico. Para tratar de establecer patrones diagnósticos, nos parece conveniente y necesario seguir los siguientes criterios diagnósticos:

Diagnóstico.-

Se desconoce la etiología de este síndrome. No existe un examen único para diagnosticarlo. Es necesario entonces el uso de procedimientos médicos, psicológicos, educacionales y sociales. Por lo tanto es imprescindible una buena historia social psiquiátrica, la caracterización psicopedagógica emitida por su maestra y el examen psiquiátrico, que debe hacerse siguiendo las pautas diagnósticas establecidas a continuación:

Criterios Diagnósticos

Sólo se considera síntoma si la conducta que lo pone de manifiesto es más frecuente que la observada habitualmente a su edad.. La sintomatología debe aparecer antes de los siete años. Deben aparecer algunas alteraciones en dos o más contextos (por ejemplo: casa y escuela). Deben haber evidencias clínicas claras de alteraciones significativas en el funcionamiento social y académico

Distractibilidad:

Seis o más de los siguientes síntomas han persistido durante al menos seis meses en un grado tal que es inadaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo.

- A menudo fallan en mantener la atención de detalles en las tareas escolares.
- A menudo fallan en mantener la atención en actividades de juego.
- A menudo parecen no escuchar cuando se les habla directamente.
- A menudo no siguen las instrucciones y fallan en los trabajos escolares.
- A menudo tienen dificultades para organizar las tareas y actividades.
- A menudo rechazan o evitan las actividades hogareñas o escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- A menudo pierden cosas necesarias para las tareas o actividades (libros, lápices, juguetes, herramientas. Etc.)
- A menudo se distraen fácilmente por estímulos externos.
- A menudo se muestran olvidadizos en actividades diarias.

Hiperactividad

Seis o más de los siguientes síntomas han persistido durante al menos seis meses en un grado tal que es inadaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo.

Hiperactividad:

- **A menudo realizan movimientos innecesarios con manos y pies o movimientos reptantes en el asiento.**
- **A menudo se paran del asiento.**
- **A menudo corren o trepan en situaciones en las cuales es inapropiado hacerlo**
- **A menudo tiene dificultades para jugar u ocuparse en actividades recreativas tranquilamente**
- **A menudo se les describe como que "siempre tiene el motor encendido" o que "tiene un motor dentro".**
- **A menudo hablan excesivamente**

Impulsividad.

- **A menudo responden antes que se haya completado la pregunta-**
- **A menudo tiene dificultad para esperar su turno (en el juego y en la clase).**
- **A menudo interrumpen pues se entrometen entre los demás. (en los juegos y en la conversación)**

Diagnóstico Diferencial

Se debe distinguir del retraso mental, la hipoacusia, los trastornos emocionales, de las alteraciones específicas del lenguaje y de la privación cultural. En el retraso mental además de a veces ser hiperactivos tienen un retraso generalizado en el desarrollo intelectual. La hipoacusia se descarta con las pruebas audiométricas, los trastornos emocionales aparecen más tardíamente y se acompañan de otros síntomas, la privación cultural se produce en ambiente poco adecuado y desorganizado. Las alteraciones específicas del lenguaje no presentan hiperactividad ni impulsividad.

Evolución.

En la mitad de los casos los trastornos se detectan antes de los cuatro años, pero a veces esto no ocurre hasta que el niño ingresa en la escuela. En los niños de edad preescolar lo que más se destaca es la hiperactividad. Se describe al niño como “siempre con el motor encendido” en los niños mayores los síntomas típicos son el malestar y la impaciencia más que la hiperactividad motora implícita. Se ha descrito que la hiperactividad disminuye con la edad pero la dificultad de concentración y el déficit de atención persiste.

Complicaciones

La mayor complicación es el fracaso escolar. La conducta antisocial en la vida adulta se presenta frecuentemente. El alcoholismo, la drogadicción y los trastornos depresivos se asocian a veces ha haber padecido esta entidad cuando niños.

Tratamiento

Un trastorno tan frecuente como éste requiere un abordaje multilateral y asequible al especialista de Medicina General Integral. Hay que dar a los padres y al niño una clara explicación, a su nivel, de la naturaleza de la sintomatología, haciendo énfasis en que no se trata de mala conducta consciente del niño. Debe tranquilizárseles informándoles que no existe “lesión” o “daño” del cerebro. A la maestra se le debe orientar que lo siente en la primera fila para que no se distraiga, que le dé las instrucciones bien claras y precisas, que le asigne tareas breves que lo ayude a moverse sin crear indisciplina (borrar la pizarra, repartir materiales, hacer algún encargo etc.). Estimular sus éxitos, evitar sentarlo cerca de una ventana. La maestra debe estar consciente que no es un “retrasado o malcriado”. Los tricíclicos (imipramina, clormipramina, o amitriptilina) son, a veces, útiles para disminuir la sintomatología. En cuanto a un tratamiento más especializado se pueden utilizar: la psicoterapia individual y de grupo, terapia cognitiva comportamental, técnicas pedagógicas remediales y de entrenamiento de la atención. En caso necesario se puede usar el metilfenidato, para lo cual debe ser remitido al especialista de Psiquiatría Infantil.

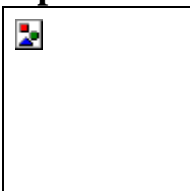
El TDAH en adultos

Mientras que en la infancia el cuadro dominante es el trastorno del comportamiento añadido a problemas escolares, en los adultos se presenta asociado a otras patologías. Kooij mantiene que en un 77% de los pacientes hay patología asociada, y cita como las mas frecuentes: depresión 30%; trastornos de angustia 30%; drogodependencias 20-45%; trastornos de la personalidad, 25%; trastornos bipolares 8%.

Los síntomas por los que los pacientes demandan asistencia psiquiátrica son problemas en el trabajo, problemas en las relaciones personales, problemas financieros causados por el juego, problemas originados por la busca constante de sensación (Sensation seeking), obsesiones, cambios del humor, agresión, perdida de control en las emociones, conducta antisocial. Además presentan en casi todos los casos problemas de sueño desde la niñez; caracterizados por una sobre actividad en las ultimas

horas, se acuestan muy tarde, duermen intranquilamente con movimiento y tienen problemas para levantarse. Algunos autores discuten la delimitación entre la patología del trastorno límite de la personalidad y TDAH. Así se compara la impulsividad, los cambios en el humor y los ataques de ira de los límites, con la hiperactividad, la falta de concentración y la impulsividad de los TDAH. Incluso hay quien refiere a una concordancia con conducta antisocial. Es innegable la superposición de síntomas, pero la investigación sobre este tema realizada abarca un número de pacientes demasiado pequeño como para sacar conclusiones.

Wilens planteó el problema de la comorbilidad TDAH/ drogadicción. En Estados Unidos se calcula que el 25-30% de los drogadictos también presenta TDAH. En el estudio de Kooij en Holanda, de los adultos diagnosticados como casi la mitad abusaba del alcohol y el 30 % consumía algún otro tipo de droga. Algunos autores sugieren la explicación de la “automedicación” para explicar estas cifras.



La actual definición del DSM-IV-R no es aplicable en los adultos. Aplicado los actuales parámetros sólo es posible diagnosticar los cuadros más graves con hiperactividad manifiesta. Barkley mantiene que los actuales criterios tampoco sirven para niños menores de 4 años, lo que explicaría la ola de diagnósticos en Norte América. Esto ha llevado a discusiones sobre la validez de este diagnóstico. El problema no es nuevo en la psiquiatría. Así nos encontramos con “sobre / bajo” diagnóstico cuando este se realiza sobre “listas de síntomas”, no se evalúa la presentación de los síntomas en el tiempo, su evolución y desarrollo y, se olvida la información ofrecida por la familia. Frecuentemente nos encontramos con colegas que mantienen que el paciente tenía una concentración extraordinaria durante entrevista, lo que les lleva a rechazar el diagnóstico. Es evidente que una conversación en un despacho no niega el relato de la vida de un paciente.

Diagnóstico.-

Una buena historia clínica no solo con el paciente sino también con su pareja y/o familiar de primer grado. Intentar obtener información sobre el desarrollo del paciente facilita las cosas. Siempre que podemos

aconsejamos una entrevista con la madre del paciente. Información sobre el desarrollo escolar aclara dudas. Una investigación neuropsicológica se considera estándar.

Hay que realizar un diagnóstico diferencial con trastornos por el uso de sustancias, trastorno límite de la personalidad, trastornos afectivos; complicando el panorama el hecho de la alta comorbilidad con estos trastornos. Una ayuda es el comienzo precoz de los síntomas, ya en la niñez, y el desarrollo de estos

Tratamiento

Este se basa en:

- 1. Psicoeducación del paciente, pareja, y si se puede, familia.**
- 2. Eliminar el consumo de alcohol y/o drogas. Dependiendo de la intensidad de este problema se valorara la necesidad de derivar al paciente a un centro especializado.**
- 3. El uso de psicofármacos esta abundantemente documentado. Este puede realizarse con Metilfenidato, Dextroamfetamina, Imipramina, Bupropion y según algunos autores Clonidina. La mejor respuesta se obtiene con Metilfenidato. El Metifenidato esta contraindicado durante el embarazo y en pacientes con cuadros psicóticos en su historial. Antes de administrarlo es aconsejable monitorizar la tensión arterial, pulso y peso, así como solicitar un ECG en casos de duda.**
- 4. La terapia de pareja es recomendada cuando hay patología familiar si bien recomendamos que siempre se inicie el tratamiento con el paciente individualmente.**
- 5. La creación de grupos de auto apoyo se han experimentado con resultados positivos.**

TDAH y Adicción

Un estudio que aparece en la revista Pediatrics parece desacreditar cualquier teoría sobre que el uso de medicamentos estimulantes para tratar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad conduzca al abuso de sustancias más allá del límite. Este trabajo conducido por Russell A. Barkley, siguió a 147 niños con TDAH durante 13 años. De acuerdo con el autor el objetivo fue examinar el impacto del tratamiento estimulante durante la niñez y el instituto y su riesgo para el consumo, la dependencia, y el abuso de sustancias en la edad adulta joven. Barkley mantiene que el tratamiento estimulante durante un año o más puede

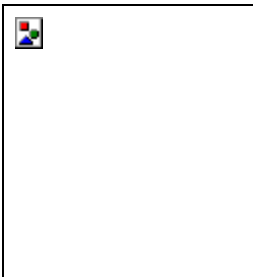
contribuir realmente a un efecto protector en lo que respecta al riesgo de trastornos por abuso de alucinógenos en adultos.

Conclusiones.

A pesar del gran número de estudios realizados sobre el TDAH y del amplio conocimiento que se tiene tanto sobre sus tratamientos como sobre los posibles efectos (beneficiosos y adversos) de éstos, sigue existiendo entre los clínicos la sensación generalizada de que los niños, adolescentes y adultos afectados de TDAH reciben en pocas ocasiones una orientación diagnóstica y terapéutica adecuadas desde un principio, lo cual es preocupante dada la demostrada mala evolución de los casos mal diagnosticados y/o tratados. La responsabilidad de esto reside, en gran medida, en el desconocimiento por parte de público general y profesionales de la naturaleza del trastorno y la seguridad de sus tratamientos, persistiendo la idea de que son niños “malos”, “malcriados” o “psicópatas” cuando no cosas peores. Ello ha llevado a banalizar el trastorno, ser remisos a la hora de diagnosticarlo o remitirlo a un especialista adecuado y malutilizar recursos sanitarios y tratamientos disponibles con escaso criterio clínico.

Frente a esto, sucesivos grupos de profesionales implicados en estas cuestiones han propuesto numerosos consensos de intervención clínica basados en los datos empíricos existentes, al más reciente de los cuales nos acogemos (Kutcher et al., 2004) para formular las conclusiones a esta revisión. Es necesario recalcar que, dada la alta prevalencia del TDAH, la necesidad de su tratamiento frente a la futura evolución del paciente como adolescente y adulto, y la urgencia de contemplarlo como un serio problema emergente de salud. El TDAH es un trastorno real, grave, que precisa tratamiento y que, más allá de intereses particulares, genera (y seguirá generando) honda preocupación entre los profesionales de la Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Muchas familias pasan por un período de incertidumbre durante el tiempo que lleva a al diagnóstico eventual. Muchos padres experimentan esto como una pérdida. Los padres y maestros pueden tener las perspectivas diferentes en esta fase del proceso de. Los padres necesitan escuchar cuidadosamente a las observaciones de maestros. Sin embargo, ellos deben recordar que maestros y escuelas no hacen los diagnósticos médicos. Finalmente, un trabajo de diagnóstico completo a es crucial. No



es una idea buena para diagnosticar y tratar a un enfermo a un niño basó en unas listas de control y una visita de la oficina breve.

El apoyo de la Comunidad es importante durante y después del tiempo del diagnóstico inicial. Generalmente es una buena idea hacerle saber a la escuela que el niño tiene cualquier necesidad especial. Sin embargo, éste puede ser un problema particularmente espinoso si su niño está aplicando a una escuela privada competitiva. A menudo los padres pueden ayudar la escuela recoger la información para determinar si el niño necesita comprobación o la ayuda especial.

Niños y adultos afectados por ADHD pueden beneficiar de la tecnología de computación. Hay aplicaciones de computación aplicables al tratamiento. El software educativo puede ayudar a los niños a aprender los asuntos académicos.

Bibliografía

Ajibola O, Clement PW (1995), Differential effects of methylphenidate and self-reinforcement on attention-deficit hyperactivity disorder. Behav Modif 19:211-233.

Anastopoulos AD, Smith JM, Wien EE (1998), Counseling and training parents. En: Barkley RA (ed), Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment, 2ª ed. New York: Guilford Press. Arnsten AET (1998), Catecholamine modulation of prefrontal cortical cognitive function. Trends Cogn Sci 2: 436-447.

Barkley RA (1999), Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Barcelona: Ediciones Paidós.

Barkley RA, McMurray MB, Edelbrock CS, Robbins K (1989), The response of aggressive and non-aggressive ADHD children to two doses of methylphenidate. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 28: 873-881.

Barrickman LL, Perry PJ, Allen AJ, Kuperman S, Arndt SV, Herrmann KJ, Schumacher E (1995), Bupropion versus methylphenidate in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34: 649-657.

Biederman J, Spencer T (1999), Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) as a noradrenergic disorder. Biol Psychiatry 46: 1234-1242.

Biederman J, Spencer T (2000), Non-stimulant treatments for ADHD. Eur Child Adolesc Psychiatry 9 Suppl 1: 151-159.

Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Plunkett EA, Gifford J, Spencer T (2003), Growth deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder revisited: impact of gender, development, and treatment. Pediatrics 111 (5 Pt 1): 1010-1016.

Bloomquist ML, August GJ, Cohen C, Doyle A, Everhart K (1997), Social problem solving in hyperactive-aggressive children: how and what they think in conditions of automatic and controlled processing. J Clin Child Psychol 26: 172-180.

Bymaster FP, Katner JS, Nelson DL, Hemrick-Luecke SK, Threlkeld PG, Heiligenstein JH, Morin SM, Gehlert DR, Perry KW (2002), Atomoxetine increases extracellular levels of norepinephrine and dopamine in prefrontal cortex of rat: a potential mechanism for efficacy in attention deficit/hyperactivity disorder. Neuropsychopharmacology 27: 699-711.

Conners CK, Casat ChD, Gualtieri T, Weller E, Reader M, Reiss A, Weller RA, Khayrallah M, Ascher J (1996), Bupropion hydrochloride in attention deficit disorder with hyperactivity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35: 1314-1321.

Daviss WB, Bentivoglio P, Racusin R, Brown KM, Bostic JQ, Wiley L (2001), Bupropion sustained release in adolescents with comorbid

attention-deficit/hyperactivity disorder and depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40: 307-314.

Garland EJ (1998), Pharmacotherapy of adolescent attention deficit hyperactivity disorder: challenges, choices and caveats. J Psychopharmacol 12: 385-395.

Greene RW, Ablon JS (2001), What does the MTA study tell us about effective psychosocial treatment for ADHD? J Clin Child Psychol 30: 114-121.

Kramer JR, Lovey J, Posto LB, Roberts MA, Grossman S (2000), Predictors of adult height and weight in boys treated with methylphenidate for childhood behavior problems. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39: 517-524.

Kratochvil CJ, Heiligenstein JH, Dittmann R, Spencer TJ, Biederman J, Wernicke J, Newcorn JH, Casat C, Milton D, Michelson D (2002), Atomoxetine and methylphenidate treatment in children with ADHD: a prospective, randomized, open-label trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 41: 776-784.

Kurlan R (2002), Methylphenidate to treat ADHD is not contraindicated in children with tics. Mov Disord 17: 5-6.

Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, van Daalen E, Fegert J, Findling RL, Fisman S, Greenhill LL, Huss M, Kusumakar V, Pine D, Taylor E, Tyano S (2004), International consensus statement on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. Eur Neuropsychopharmacol 14: 11-28.

Michelson D, Wernicke J, Heiligenstein J, Allen AJ, Faries D, Spencer T, Kratochvil C (2001a), Efficacy of LY139603 (tomoxetine), a non-dopaminergic intervention for ADHD. Biol Psychiatry 49: 15S.

Michelson D, Faries D, Wernicke J, Kelsey D, Kendrick K, Sallee R, Spencer T, and the Atomoxetine ADHD Study Group (2001b), Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention

deficit hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, dose-response study. Pediatrics 108: e83.

·Musten LM, Firestone P, Pisterman S, Bennett S, Mercer J (1997), Effects of methylphenidate on preschool children with ADHD: cognitive and behavioral functions. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36: 1407-1415.

Newcorn J, Sharma V, Stein M (2003), Concerta®, a once-daily OROS® methylphenidate formulation for ADHD evaluated in the community. Poster presentado en el “ADHD management: paying attention to current evidence” Meeting; Oporto (Portugal); 28 de Febrero – 1 de Marzo, 2003.

·Nolan EE, Gadow KD (1997), Children with ADHD and tic disorder and their classmates: behavioral normalization with methylphenidate. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36: 597-604.

Petri A (2002), Tomoxetine. Curr Opin Investig Drugs 3: 272-277.

Popper CW (2000), Pharmacologic alternatives to psychostimulants for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 9: 605-646.

Prince JB, Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ, Millstein R, Polisner DA, Bostic JQ (2000), A controlled study of nortriptyline in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol 10: 193-204.

Riggs PD, Leon SL, Mikulich SK, Pottle LC (1998), An open trial of bupropion for ADHD in adolescents with substance use disorders and conduct disorders. J Acad Child Adolesc Psychiatry 37: 1271-1278.

San Sebastián J, Soutullo C, Fernández E, Escobar R (2003), Atención/Hiperactividad (TDAH): datos de tratamiento abierto durante diez semanas en una muestra española por subtipo de Cantwell DP, Satterfield BT (1979), Multimodality treatment: a one-year follow-up of 84 hyperactive boys. Arch Gen Psychiatry 36:965-974.

Spencer T, Biederman J, Heiligenstein J, Wilens T, Faries D, Prince J, Faraone SV, Rea J, Witcher J, Zervas S (2001), An open-label, dose-

ranging study of atomoxetine in children with attention deficit hyperactivity disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol 11: 251-265.

Stein MA, Sarampote CS, Waldman ID, Robb AS, Conlon C, Pearl PL, Black DO, Seymour KE, Newcorn JH (2003), A dose-response study of OROS methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder. Pediatrics 112: e404.

Swanson J, Greenhill L, Pelham W, Wilens T, Wolraich M, Abikoff H, Atkins M, August G, Biederman J, Bukstein O, Conners CK, Efron L, Fiebelkorn K, Fried J, Hoffman M, Lambrecht L, Lerner M, Leventhal B, McBurnett K, Morse E, Palumbo D, Pfiffner L, Stein M, Wigal S, Winans E (2000), Initiating Concerta™ (OROS® methylphenidate HCl) qd in children with attention-deficit hyperactivity disorder. J Clin Res 3: 59-76.

Taylor TK, Eddy JM, Biglan A (1999), Interpersonal skills training to reduce aggressive and delinquent behavior: limited evidence and the need for an evidence-based system of care. Clin Child Fam Psychol Rev 2: 169-182.

Wernicke JF, Zhang S, Faries DE, Kelsey DK, Brown WJ (2002), Safety of atomoxetine in children and adolescents treated for at least 1 year for attention-deficit/hyperactivity disorder. Póster presentado en el European College of Neuropsychopharmacology, Barcelona; Octubre 2002.

Wilens T, Pelham W, Stein M, Conners CK, Abikoff H, Atkins M, August G, Greenhill L, McBurnett K, Palumbo D, Swanson J, Wolraich M (2003), ADHD treatment with once-daily OROS methylphenidate: interim 12-month