



## LO QUE SABEMOS

# TDA/H y adolescentes: Información para padres

“¿Mi hijo adolescente debería haber superado  
• sus dificultades a estas alturas, o no?!” Si su hijo adolescente fue diagnosticado con TDA/H en la infancia o nunca ha sido diagnosticado formalmente, usted, al igual que muchos otros padres, podría estarse

preguntando por qué su hijo no ha logrado superar sus dificultades para estar quieto, pensar en las consecuencias antes de actuar, oponer resistencia a las distracciones, organizar las actividades diarias o manejar el tiempo de forma inteligente. A diferencia de lo que se creía previamente, la investigación de hoy día muestra que la mayoría de los niños no superan el TDA/H cuando llegan a la adolescencia.<sup>1</sup>

### EL TDA/H EN LA ADOLESCENCIA

Síntomas: Los síntomas nucleares necesarios para diagnosticar el TDA/H como falta de atención, hiperactividad e impulsividad, siguen siendo los mismos durante la adolescencia que al principio de la infancia, pero el patrón de síntomas y dificultades podría variar un poco. En la adolescencia, algunos síntomas del TDA/H, sobre todo los relacionados con la hiperactividad, pueden volverse más sutiles. Sin embargo, las dificultades que experimentan los adolescentes como resultado de sus síntomas, tales como un rendimiento escolar deficiente, podrían intensificarse debido a las mayores exigencias y expectativas del funcionamiento independiente.<sup>2</sup>

Algunos de los síntomas más pronunciados en los adolescentes con TDA/H están relacionados con déficits en el funcionamiento ejecutivo. El funcionamiento ejecutivo se refiere a las funciones dentro del cerebro que “activan, organizan, integran y manejan otras funciones.”<sup>3</sup> Dicho de otra forma, las funciones ejecutivas permiten a los individuos prever las consecuencias a largo plazo de las acciones, planear en consecuencia, evaluar el progreso y modificar los planes según sea necesario. Además de las dificultades con el funcionamiento ejecutivo, los individuos con TDA/H podrían mostrar una menor tolerancia a las frustraciones, respuestas emocionales que son más exageradas de lo esperado, o podrían mostrar más inmadurez emocional que los adolescentes de la misma edad.<sup>4</sup>

## EL TDA/H EN LA ADOLESCENCIA

Algunos adolescentes con TDA/H no fueron diagnosticados en la infancia y podrían empezar a batallar con este trastorno a medida que aumentan las exigencias en la adolescencia. Los padres y los profesores pueden sospechar que los síntomas del TDA/H podrían estar contribuyendo con estas luchas. Para los adolescentes que no fueron diagnosticados en la infancia, diagnosticar el TDA/H en la adolescencia puede ser complicado.<sup>5,6</sup> En primer lugar, a fin de cualificar para un diagnóstico del TDA/H, los síntomas deben estar presentes de alguna manera antes de los siete años. El recuerdo retrospectivo de los síntomas puede ser difícil para los adolescentes y los padres. En segundo lugar, muchos de los síntomas que aparecen en los criterios de diagnóstico del Manual diagnóstico y estadístico, cuarta edición fueron escritos principalmente para niños pequeños (Ej., ¿corretean animadamente o trepan excesivamente?) y puede que no sean aplicables a los adolescentes. Tercero, obtener informes confiables de los padres y los profesores de los adolescentes es más difícil porque los adolescentes suelen tener muchos profesores distintos que los ven por un pequeño fragmento del día. De igual modo, los padres de los adolescentes tienen menos contacto directo con sus hijos durante la adolescencia que en la infancia. Cuarto, tal como se menciona arriba, algunos de los síntomas más llamativos del TDA/H como la hiperactividad extrema, podrían ser más sutiles en los adolescentes que en los niños pequeños. Finalmente, los síntomas de otros trastornos concurrentes podrían enmascarar los síntomas del TDA/H. Si sospecha que su hijo adolescente tiene

TDA/H no diagnosticado, es importante que busque una evaluación integral que comprenda un historial detallado, la evaluación clínica del funcionamiento académico, social y emocional, así como informes de los padres, profesores y del adolescente. Varios tipos de profesionales pueden diagnosticar el TDA/H, incluidos psicólogos escolares, psicólogos clínicos, trabajadores sociales clínicos, enfermeras practicantes, neurólogos, psiquiatras y pediatras.

## CAUSAS DEL TDA/H

La investigación ha mostrado claramente que el TDA/H es altamente genético, y la mayoría de los casos de TDA/H se heredan. De hecho, el TDA/H es hereditario al igual que muchas características físicas como la altura. El TDA/H es un trastorno cerebral, y los síntomas mostrados en el TDA/H están asociados con muchas áreas específicas del cerebro.<sup>7</sup> Los patrones de crianza y la interacción familiar podrían ayudar a reducir el impacto de los síntomas del TDA/H o podrían hacer que se agraven; sin embargo, los métodos de crianza no causan el TDA/H.

## COMORBILIDADES EN LOS AÑOS DE LA ADOLESCENCIA

Las comorbilidades o un trastorno que tiene lugar al mismo tiempo que otro, pueden ser comunes en los adolescentes con TDA/H.<sup>8,9</sup> Estas afecciones podrían estar presentes desde la infancia o podrían emerger con el estrés adicional de la adolescencia. De hecho, en la comunidad, se ha detectado que hasta el 44 por ciento de los niños y los adolescentes con TDA/H tienen al menos un trastorno adicional.<sup>10,11</sup> Estos trastornos pueden hacer que la crianza sea más desafiante, y muchos padres encuentran que la asistencia profesional es útil en dar apoyo, suministrar recursos y estrategias de crianza adicionales para los adolescentes.

- Algunos de los trastornos más comunes que experimentan los adolescentes con TDA/H son dificultades con conductas perturbadoras tales como trastorno de oposición desafiante (ODD por sus siglas en inglés) y trastorno de la conducta (CD por sus siglas en inglés). El ODD se caracteriza por un patrón de comportamiento desobediente y desafiante así como por el rechazo a cumplir con lo que se le pide y las normas. El CD es más grave y también está asociado con la dificultad de entablar relaciones, causa estragos y daño a la gente y a los animales.

Una investigación muestra que los adolescentes con TDA/H son 10 veces más propensos a experimentar trastornos por comportamiento perturbador.<sup>12</sup> Otra investigación ha calculado que entre el 25 y 75 por ciento de los adolescentes con TDA/H también tienen uno de estos trastornos de comportamiento perturbador.

- Los trastornos del estado de ánimo, incluidas las depresión y la distimia (un tipo de estado de ánimo negativo similar a la depresión pero de mayor duración), puede también prevalecer en los adolescentes con TDA/H. La investigación calcula que entre el 20 y 30 por ciento de los adolescentes con TDA/H tienen un trastorno del estado de ánimo coexistente. Las investigaciones también indican que la relación entre el TDA/H y los trastornos del estado de ánimo podría estar influenciada por la presencia de un trastorno de la conducta (Angold, Costello, & Erkanli, 1999). El trastorno bipolar es otro tipo de trastorno del estado de ánimo que se trata algunas veces como una comorbilidad del TDA/H. Sin embargo, el trastorno bipolar en adolescentes con TDA/H es controvertido<sup>13</sup> y un diagnóstico de TDA/H no parece incrementar el riesgo de trastorno bipolar.<sup>14</sup>
- Los trastornos de ansiedad podrían estar presentes tanto como en el 10 ó 40 por ciento de los adolescentes con TDA/H. Los trastornos de ansiedad se caracterizan por una preocupación excesiva y dificultad para controlar las preocupaciones. Los individuos que sufren de ansiedad podrían experimentar también síntomas físicos como dolores de cabeza, malestar estomacal y ritmos cardiacos acelerados. También pueden tener “ataques de ansiedad” y empezar a evitar las actividades que provocan ansiedad.
- El uso y abuso de sustancias es una preocupación significativa de muchos padres con hijos adolescentes. En efecto, el riesgo de uso de sustancias entre niños hiperactivos oscila entre el 12 y 24 por ciento. El uso de medicamentos para tratar el TDA/H no está asociado con un mayor uso de sustancias. De hecho, el uso de medicamentos para tratar el TDA/H podría proteger a los adolescentes contra el desarrollo de trastornos por abuso de sustancias más tarde en la vida.<sup>15</sup> El predictor más fuerte del abuso de sustancias entre adolescentes con TDA/H es el diagnóstico adicional del trastorno de la conducta. Entre los síntomas del uso de sustancias entre adolescentes se pueden encontrar: su hijo adolescente

huele a alcohol o cigarrillo, cambios en los ojos o rostro del adolescente (Ej. ojos inyectados en sangre o enrojecimiento de la cara), cambios en el estado de ánimo, conducta engañosa o reservada, cambios en la motivación o descenso del rendimiento académico, y/o cambios en los grupos de amigos.

- Los problemas de aprendizaje y comunicación pueden ser significativos, además las investigaciones han indicado que los trastornos del aprendizaje podrían estar presentes tanto como en un tercio de los adolescentes con TDA/H.<sup>16</sup> Las exigencias de la escuela media y superior suponen un estrés adicional para los adolescentes, y los padres deben seguir atentos a su rendimiento académico y monitorizar cuidadosamente cualquier cambio o descenso en el rendimiento. Los trastornos de la comunicación comprenden no sólo dificultades en la generación del habla (como la tartamudez), sino también dificultades en la comprensión del lenguaje y la capacidad para expresarse con claridad. Si un padre está preocupado por la comunicación de su hijo adolescente, debería exponer su preocupación en la escuela del adolescente o acudir a un patólogo del habla y del lenguaje para una evaluación.
- Las perturbaciones del sueño también son algo común entre los adolescentes con TDA/H. Los cambios en los ciclos del sueño son normales en todos los adolescentes a medida que empiezan a trasnochar y a querer dormir, como consecuencia, hasta muy tarde en las mañanas. En un adolescente con TDA/H, las perturbaciones del sueño podrían ser incluso más pronunciadas y no son necesariamente un efecto secundario de los medicamentos. En vista de este riesgo, debería hacerse una evaluación rigurosa del sueño antes de empezar a tomar la medicación para determinar si la perturbación preexistente del sueño es independiente de los efectos secundarios de los medicamentos.<sup>17</sup>

En este momento, no existen respuestas claras disponibles para explicar por qué los adolescentes podrían experimentar estas afecciones coexistentes ni la capacidad para predecir cuáles adolescentes padecerán estas dificultades adicionales. Sin embargo, es probable que la genética desempeñe un papel. El estrés adicional experimentado por los adolescentes con TDA/H, tales como crítica social o frustración interna, podría hacer al adolescente más vulnerable a estas dificultades. Para más información sobre estas afecciones concurrentes, vaya a *Lo que sabemos N° 5 TDA/H y afecciones coexistentes*. ¿Qué debería hacer si sospecha que su hijo adolescente

sufre cualquiera de estos trastornos adicionales? Es importante que busque la ayuda de un profesional experimentado, tales como psicólogo, psiquiatra o trabajador social, para que lleve a cabo la evaluación y determine qué tratamiento es el más apropiado.

## **EL TDA/H EN LOS AÑOS DE LA ADOLESCENCIA**

¿Qué se siente al tener TDA/H? Los adolescentes con TDA/H podrían sentir vergüenza o ser estigmatizados por su diagnóstico. Es posible que los adolescentes prefieran negar que tienen TDA/H. Tener TDA/H podría hacer que un adolescente se sienta diferente al resto de sus compañeros, por lo que prefiera creer que sus síntomas se desvanecerán o desaparecerán con la edad. Es importante que los padres de adolescentes normalicen el TDA/H. Explíquelo a su hijo adolescente con TDA/H que esta afección no se debe a ningún error que haya cometido y que no se trata de un castigo. El TDA/H es similar a cualquier otra afección médica, como el asma o la visión deficiente. Explíquelo que no tiene la culpa de tener este problema, pero que deberá seguir un tratamiento para evitar que esta afección limite sus logros en la vida.

Los adolescentes con TDA/H podrían tener preocupaciones relacionadas con su autopercepción y ser más vulnerables a una baja autoestima que sus compañeros. En un grupo de muestra de adolescentes con TDA/H y dificultades de aprendizaje informaron sentirse muy estresados por ir a la escuela y estar en clase, sentirse cansados, tener peleas frecuentes con los amigos cercanos, sentirse diferentes a sus compañeros de clase, tener baja autoestima y sentir que sus padres no los comprendían.<sup>18</sup> Hacer que el adolescente se involucre en sus actividades favoritas y en aquellas en las que se siente exitoso podría constituir un agente poderoso para revertir estas preocupaciones. Cuando los adolescentes sienten que tienen éxito y confianza en sí mismos en un aspecto de su vida o en sus capacidades, estas sensaciones pueden a menudo extenderse a otras áreas del funcionamiento.

### **EL TDA/H AFECTA ...**

- El rendimiento académico: La escuela superior se caracteriza por un ritmo más frenético, mayores exigencias a las que hacer frente y menos supervisión. Académicamente, aumenta el volumen de trabajo y la dificultad de los materiales, y los

proyectos a largo plazo son la norma en lugar de las tareas escolares diarias. Todos estos factores suponen desafíos para los adolescentes con TDA/H. Los adolescentes con TDA/H podrían beneficiarse de recibir ayuda en la toma de apuntes, destrezas para estudiar y organización y administración del tiempo. Es importante ayudar a dotar al adolescente de todas las destrezas necesarias para que pueda pasar de la etapa en la que depende de sus padres o profesores para estructurar su tiempo y horario de trabajo escolar a la etapa de la vida en la que depende de sus propias capacidades. Las escuelas públicas están obligadas por ley (en virtud de la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973) a ofrecer todas las adaptaciones necesarias en sus salones de clase a los estudiantes que tienen un diagnóstico de TDA/H y a aquéllos cuyos síntomas afectan su funcionamiento académico. Entre las adaptaciones se encuentran tiempo adicional para los exámenes, tomar el examen en un lugar diferente donde las distracciones sean mínimas o apoyo adicional en organizarse. Solicite al personal de la escuela más información si cree que su adolescente podría calificar y beneficiarse de estas adaptaciones.

- Funcionamiento social: Muchos niños con TDA/H podrían experimentar dificultades en la interrelación con sus compañeros debido a su impulsividad, hiperactividad y agresión. Los niños pequeños con TDA/H podrían ser impertinentes en las interacciones sociales, más ruidosos que sus compañeros y más inquietos. Los problemas con los compañeros y el rechazo del grupo que experimentan durante la infancia podrían continuar hasta la adolescencia. Además, la ausencia de relaciones positivas con los compañeros en los primeros años puede limitar las oportunidades para practicar y perfilar destrezas sociales, lo que acentúa los déficits existentes. Finalmente, la importancia de relacionarse con los compañeros aumenta durante la adolescencia. Por lo tanto, las dificultades para entablar y conservar esas relaciones pueden perjudicar cada vez más el funcionamiento social. Los adolescentes con TDA/H están en riesgo de relacionarse con compañeros inadaptados o de experimentar el rechazo de los demás. Bríndele a su hijo adolescente la oportunidad de participar en actividades sociales estructuradas, como deportes, clubes o grupos juveniles que pueden proporcionar experiencias positivas para contrarrestar otras interacciones potencialmente negativas.

- **Funcionamiento en el hogar:** En promedio, las familias que tienen adolescentes con TDA/H se caracterizan por mayor cantidad de conflictos entre padres y adolescentes.<sup>19</sup> Criar a un hijo con TDA/H es estresante. Ser padres implica ponerles ciertas exigencias a los hijos (Ej., completar la tarea escolar, colaborar en las tareas de la casa, regresar a casa antes de la hora límite, etc.); los adolescentes con TDA/H tienen más dificultades para cumplir estas exigencias y necesitan más recordatorios y supervisión. Esto puede ser frustrante para los padres y los adolescentes, y podría conducir a un ciclo de interacción negativa. Cuando un padre asigna de manera repetida deberes a los hijos adolescentes que estos incumplen (por falta de atención, falta de interés o de capacidad) con frecuencia se produce una intensificación de la negatividad. En este ciclo, el padre podría dar sermones, gritar, castigar y el adolescente responder con ira, desobediencia u otros comportamientos negativos. A medida que esta situación ocurre repetidas veces, más exigencias e infracciones menores a las normas pueden llevar a un acrecentamiento de la negatividad. Una fuente adicional de conflicto en el hogar es que los adolescentes con TDA/H necesitan a menudo más supervisión y ayuda en cuanto a organización que otros de su misma edad, en una etapa de desarrollo en la que desean más libertad e independencia. ¿Qué se puede hacer para interrumpir este ciclo? Comunicarse con claridad siempre es importante, esto incluye la definición clara de normas y expectativas así como del establecimiento de recompensas y consecuencias acorde con las actuaciones. Si el conflicto familiar está afectando en gran medida a la familia, considere buscar la ayuda profesional de un psicólogo, psiquiatra o trabajador social.

## TRATAMIENTO DEL TDA/H

Desafortunadamente, en estos momentos no existe una cura para el TDA/H y el tratamiento se centra en el manejo de los síntomas. Aunque la forma de presentación del TDA/H puede variar con la edad, los adolescentes con TDA/H necesitan tratamientos para tratar estos síntomas y, en algunos casos, podrían requerir tratamientos en la edad adulta.<sup>20</sup>

La educación es un componente necesario para cualquier tratamiento y ofrece a los adolescentes y a sus familias las herramientas para entender este trastorno

y su tratamiento. Es probable que muchas familias reciban esta educación en el momento en que su hijo es diagnosticado con TDA/H por primera vez. Esta educación puede dirigirse a ustedes, los padres, sobre todo, si el niño fue diagnosticado a una edad muy temprana. A medida que aumenta la capacidad de su hijo para entender su diagnóstico y responsabilidad para con el tratamiento, es necesario que esta educación se dirija cada vez más a su hijo adolescente. La educación debería abordar las posibles actitudes negativas hacia el TDA/H y su tratamiento. Sin embargo, la educación por sí sola no es un tratamiento suficiente.

Es un mito que los medicamentos se hacen menos efectivos en la adolescencia. De hecho, los medicamentos son igual de efectivos, pero los patrones de comorbilidad podrían requerir cambios en el régimen de tratamiento.<sup>21</sup> Además, muchos padres y adolescentes podrían considerar el uso de medicamentos de acción prolongada debido a que manejan mejor los síntomas a lo largo del día, ya que muchos niños tienen actividades extracurriculares hasta por la noche. Otro mito es que el uso de medicamentos podría aumentar el riesgo de abuso de sustancias. De hecho, tal como se menciona arriba, los medicamentos reducen el riesgo de uso de sustancias en adolescentes con TDA/H.<sup>22</sup> Las cuatro clases de medicamentos que se usan con más frecuencia para tratar el TDA/H en adolescentes son: estimulantes, inhibidores de la recaptación de la noradrenalina, antidepresivos tricíclicos y agentes antihipertensivos. El análisis minucioso de estos medicamentos está fuera del alcance de este folleto, consulte *Lo que sabemos N° 3 Manejo de los medicamentos para niños y adolescentes con TDA/H* para más información.

La intervención conductual es otro tratamiento común para adolescentes con TDA/H. Los tratamientos psicosociales probados comprenden el manejo de contingencias, capacitación de padres y adolescentes en la resolución de problemas y desarrollo de destrezas comunicativas, capacitación de los padres en el manejo de métodos conductuales y la capacitación de los profesores en el manejo del salón de clases.<sup>23</sup> Consulte *Lo que sabemos N° 7: Manejo de los medicamentos para niños y adolescentes con TDA/H* para más información. Actualmente, existen pocas investigaciones que respalden el uso de tratamientos dietéticos, psicoterapia tradicional, terapia de juegos, terapia conductual cognitiva o capacitación en destrezas sociales. Sin embargo, estas intervenciones podrían ser efectivas en el tratamiento de trastornos comórbidos si están presentes. Puede consultar *Lo que sabemos N° 6: Tratamientos*



*complementarios y alternativos* para más información.

El tratamiento más común y efectivo en los adolescentes con TDA/H combina medicamentos y tratamientos psicosociales.

## **CÓMO CRIAR A UN ADOLESCENTE CON TDA/H**

Los adolescentes con TDA/H enfrentan los mismos problemas que otros adolescentes de la misma edad: el desarrollo de la identidad, el establecimiento del funcionamiento independiente, comprensión de su emergente sexualidad, toma de decisiones sobre drogas y alcohol, y la fijación de metas para el futuro. Sin embargo, los adolescentes con TDA/H podrían enfrentar algunas dificultades únicas para alcanzar con éxito estas tareas del desarrollo. En vista de sus dificultades con el funcionamiento ejecutivo, los adolescentes con TDA/H podrían necesitar más apoyo y monitorización de los padres que los adolescentes sin TDA/H. Si su hijo adolescente fue diagnosticado en la infancia, ya habrá aprendido formas de maximizar su éxito. Sin embargo, los desafíos que los adolescentes con TDA/H suponen para los padres son distintos que los de los niños más pequeños. A continuación, algunas áreas que podrían ser exclusivas de los adolescentes.

- Manejo de la conducta: Todos los niños buscan tener más libertad cuando entran en la adolescencia. Sea claro con respecto a sus expectativas sobre lo que considera un comportamiento responsable, premie las conductas apropiadas con privilegios adicionales y refuerce las consecuencias para las conductas inapropiadas a fin de ayudar a su hijo a aprender de sus errores y logros. Si está experimentando dificultades para manejar las conductas de su hijo adolescente, considere buscar la ayuda profesional de un psicólogo, psiquiatra o trabajador social.
- Conducción: La falta de atención e impulsividad puede conducir a dificultades en la conducción de automóviles. Los conductores con TDA/H tienen más tiquetes de infracciones, se involucran en más accidentes, cometen más errores impulsivos y tienen un tiempo de reacción más variable.<sup>24</sup> Se ha demostrado que el uso de medicamentos estimulantes tiene efectos positivos en la conducción vehicular.<sup>25</sup> Hable con su hijo adolescente acerca de hábitos de conducción seguros, como usar el cinturón de seguridad, no exceder el límite de velocidad y minimizar las distracciones como el uso

de teléfonos celulares y comer mientras se conduce. Considere limitar el número de adolescentes que pueden ir dentro de un vehículo mientras su hijo va conduciendo.

- Cumplir el régimen de medicamentos: Cerca de la mitad de los niños no siguen al pie de la letra su régimen de medicamentos, por varias razones,<sup>26</sup> y el uso de medicamentos para el TDA/H disminuye en la adolescencia.<sup>27</sup> Los padres y los adolescentes a menudo no están de acuerdo respecto al grado de afectación en los adolescentes que resulta de los síntomas del TDA/H.<sup>28</sup> Además, los adolescentes podrían tener actitudes negativas hacia el uso de medicamentos. Si su hijo adolescente manifiesta el deseo de discontinuar el uso de sus medicamentos, podría servir de ayuda acordar un periodo de prueba sin el medicamento. Durante este periodo, usted puede trabajar junto a su hijo para determinar objetivos y desarrollar un plan para alcanzarlos que incluya intervenciones conductuales o tutelares. También, determine con su hijo adolescente qué indicadores podrían ilustrar la necesidad de reanudar la medicación. Podría incluir la disminución en las notas académicas o el aumento del conflicto en el hogar o con sus compañeros. Saque tiempo para evaluar el progreso y reevaluar la decisión respecto a la discontinuación de la medicación.
- Desvío de medicamentos: Los estudios demuestran que el desvío de medicamentos, o el abuso de medicamentos para el TDA/H, por parte de adolescentes a los que no se han recetado estos medicamentos, es un problema creciente.<sup>29</sup> Los adolescentes podrían compartir sus medicamentos con sus amigos como favor o por dinero. Las razones para usar psicoestimulantes sin receta pueden ser académicas o recreativas.<sup>30</sup> Es recomendable que hable con su hijo de manera franca y sincera respecto al TDA/H y su tratamiento. Explíquelo a los adolescentes que estos medicamentos son seguros y efectivos cuando se toman según las indicaciones, pero que pueden ser peligrosos si se usan sin supervisión médica. Es importante que hable con su hijo sobre la presión social para que esté preparado de modo que pueda responder adecuadamente si le piden compartir sus medicamentos.
- Cómo mejorar el nivel de confianza que tiene su hijo en sí mismo: Vivir con TDA/H puede ser todo un desafío para usted y para su hijo adolescente. No olvide enfatizar que lo quiere y apoya. Hágale saber que usted está disponible en todo momento para ayudarle a superar sus dificultades y que cree

que puede ser una persona exitosa. Trate de ayudar a su hijo adolescente a identificar sus fortalezas y a encontrar oportunidades en las que puede tener éxito.

## PROGNÓSTICO

Los adolescentes con TDA/H están en riesgo de problemas potencialmente serios a medida que llegan a la edad adulta. Primero, tanto como dos tercios de los adolescentes con TDA/H siguen experimentando síntomas significativos del TDA/H en la edad adulta. Además, a medida que se hacen adultos, los adolescentes con TDA/H están en mayor riesgo de no conseguir logros académicos, tienen mayores dificultades en el trabajo, enfrentan más problemas sociales, tienen más probabilidades de contraer enfermedades de transmisión sexual y son más propensos a ser padres precoces en comparación con su contraparte sin el trastorno.<sup>31</sup> Sin embargo, éstos son sólo riesgos, no profecías. Muchos adolescentes con TDA/H se convierten en adultos productivos y exitosos. La concienciación continua y el tratamiento son vitales para ayudar a los adolescentes a evitar estos riesgos y a desarrollar todo su potencial.

## REFERENCIAS

1. Ingram, S., Hechtman, L., & Morgenstern, G (1995). Outcomes issues in ADHD: Adolescent and adult long-term outcome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 30, 243-250.
2. Ibid.
3. Brown, T.E. (2000). Attention-deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
4. Wolraich, M.L., Wibbelsman, C.J., Brown, T.E., Evans, S.W., Gotlieb, E.M., Knight, J.R., et al. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: A review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115, 1734-1746.
5. Ingram, S., Hechtman, L., & Morgenstern, G (1995). Outcomes issues in ADHD: Adolescent and adult long-term outcome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 30, 243-250.
6. Wolraich, M.L., Wibbelsman, C.J., Brown, T.E., Evans, S.W., Gotlieb, E.M., Knight, J.R., et al. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: A review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115, 1734-1746.
7. Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 279-289.
8. Wolraich, M.L., Wibbelsman, C.J., Brown, T.E., Evans, S.W., Gotlieb, E.M., Knight, J.R., et al. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: A review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115, 1734-1746.
9. Barkley, R.A. (2004). Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview of empirically based treatments. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 39-56.
10. Biederman, J., Faraone, S.V., & Lapey, K. (1992). Comorbidity of diagnosis in attention-deficit hyperactivity disorder. In G. Weiss (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder, child & adolescent clinics of North America*. Philadelphia: PA.
11. Sanders; Bartholemew, K and J. Owens, M.D., MPH (2006). Sleep and AD/HD: A review. *Medicine and Health Rhode Island*, 89: 91-93.
12. Angold, A., Costello, E.J., & Erkanli, A. (1999) Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-88.
13. Geller, B., & Luby, J. (1997). Child and adolescent bipolar disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1168-1176.
14. Spencer, T., Wilens, T., Biederman, J., et al. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder with mood disorders. In: Brown, T.E., ed. *Attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults*. Washington, DC: American Psychiatric Press: 79-124.
15. Wolraich, M.L., Wibbelsman, C.J., Brown, T.E., Evans, S.W., Gotlieb, E.M., Knight, J.R., et al. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: A review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115, 1734-1746.
16. Wilens, T.E., Biederman, J. & Spencer, T.J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine*, 53, 113-131.
17. Wolraich, M.L., Wibbelsman, C.J., Brown, T.E., Evans, S.W., Gotlieb, E.M., Knight, J.R., et al. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: A review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115, 1734-1746.
18. Brook, U., & Boaz, M. (2005). Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and learning disabilities (LD): Adolescents? perspective. *Patient Education and Counseling*, 58, 187-191
19. Edwards, G., Barkley, R.A., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 557-572.
20. Hazell, P. (2007). Pharmacological management of attention-deficit hyperactivity disorder in adolescents: Special considerations. *CNS Drugs*, 21, 37-46.

21. Hazell, P. (2007). Pharmacological management of attention-deficit hyperactivity disorder in adolescents: Special considerations. *CNS Drugs*, 21, 37-46.
22. Wolraich, M.L., Wibbelsman, C.J., Brown, T.E., Evans, S.W., Gotlieb, E.M., Knight, J.R., et al. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: A review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115, 1734-1746.
23. Barkley, R.A. (2004). Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview of empirically based treatments. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 39-56.
24. Barkley, R.A., & Cox, D. (2007). A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. *Journal of Safety Research*, 38, 113-128.
25. Barkley, R.A., & Cox, D. (2007). A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. *Journal of Safety Research*, 38, 113-128.
26. Thiruchelvam, D., Charach, A., & Schachar, R.J. (2001). Moderators and mediators of long-term adherence to stimulant treatment in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 922-928.
27. Charach, A., Ickowicz, A., & Schachar, R. (2004). Stimulant treatment over five years: adherence, effectiveness, and adverse effects. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 559-567.
28. Kramer, T.L., Phillips, S.D., Hargis, M.B., Miller, T.L., Burns, B.J., & Robbins, J.M. (2004). Disagreement between parent and adolescent reports of functional impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 248-259.
29. Wolraich, M.L., Wibbelsman, C.J., Brown, T.E., Evans, S.W., Gotlieb, E.M., Knight, J.R., et al. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: A review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115, 1734-1746.
30. Low, K., & Gendaszek, A.E. (2002). Illicit use of psychostimulants among college students: A preliminary study. *Psychology, Health, & Medicine*, 7, 283-287.
31. Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 192-202.

*La información que se provee en esta Lo Que Sabemos fue financiada por el Acuerdo de Cooperación número 1U38DD000335-01 del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). El contenido es responsabilidad total de sus autores y no necesariamente representa la posición oficial del CDC. Esta Lo Que Sabemos fue aprobada por la Junta Profesional Asesora de CHADD en Marzo de 2008.*

© 2008 Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD). Todos los derechos reservados.

Para información adicional acerca de TDA/H o de CHADD, favor de ponerse en contacto con el:

**CHADD National Resource Center on AD/HD**

8181 Professional Place, Suite 150,

Landover, MD 20785

1-800-233-4050

[www.help4adhd.org](http://www.help4adhd.org)

Por favor, visite también el sitio electrónico de CHADD en

[www.chadd.org](http://www.chadd.org).