

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
CON HIPERACTIVIDAD Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES:
ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DESDE ENFERMERÍA**

Attention deficit hyperactivity disorder and risk behaviors in teenagers:
intervention strategies from nursing



**Trabajo Fin de Grado
Grado de Enfermería
Facultad de Enfermería, Universidad de Cantabria
Curso 2024/2025**

**Autora: Alejandra Sánchez Cacho
Directora: Maite Santurtun Zarrabeitia**



AVISO RESPONSABILIDAD UC

“Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

ÍNDICE

1.	RESUMEN/ABSTRACT	4
1.	INTRODUCCIÓN	5
2.1	JUSTIFICACIÓN	5
2.2	OBJETIVOS.....	6
2.3	METODOLOGÍA	6
2.4	DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS	7
3	CAPÍTULO 1: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	8
3.1	DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	8
3.2	DIAGNÓSTICO	9
3.3	EPIDEMIOLOGÍA Y COMORBILIDAD	10
3.4	ETIOLOGÍA.....	11
3.5	TRATAMIENTO	13
4.	CAPÍTULO 2: CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES CON TDAH E INTERVENCIÓN ENFERMERA	17
4.1	IMPACTO DEL TDAH EN LA ADOLESCENCIA	17
4.2	CONDUCTAS DE RIESGO Y VULNERABILIDAD EN LOS ADOLESCENTES CON TDAH	19
4.3	FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES CON TDAH	23
4.4	CONSECUENCIAS DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO	25
4.5	DETECCIÓN TEMPRANA DEL TDAH DESDE ENFERMERÍA	26
4.6	EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU ENTORNO.....	27
5.	REFLEXIÓN	28
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
7.	ANEXOS	37

1. RESUMEN/ABSTRACT

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neurodesarrollo más habitual en la infancia, pudiendo persistir en la adolescencia y adultez. Se caracteriza por inatención, hiperactividad e impulsividad, con una alta comorbilidad con patologías como el Trastorno de la Conducta, Trastorno Negativista Desafiante o consumo de sustancias. La adolescencia es un periodo de gran vulnerabilidad y la presencia del TDAH aumenta el riesgo de adquirir conductas desadaptativas perjudiciales para la salud y funcionalidad del paciente.

El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre el TDAH y las conductas de riesgo en adolescentes, así como describir la intervención enfermera en la detección temprana del trastorno y la prevención de complicaciones. Para ello, se han revisado diversas bases de datos, utilizando artículos científicos en castellano e inglés, de acceso gratuito y no más de 20 años de antigüedad.

En base a ello, se destaca la relevancia del abordaje integral y tratamiento combinado del TDAH, enfatizando en la intervención enfermera en la detección temprana, educación al adolescente y su familia, y participación de las instituciones educativas.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), adolescentes, asunción de riesgos, enfermería, Terapia Cognitivo-Conductual.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most frequent neurodevelopmental disorder in childhood and can persist in adolescence and adulthood. It is characterized by inattention, hyperactivity, and impulsivity, with high comorbidity with conditions such as Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and substance use. Adolescence is a period of great vulnerability, and the presence of ADHD increases the risk of developing maladaptive behaviors that are detrimental to the patient's health and functioning.

The objective of this study is to analyze the relationship between ADHD and risk behaviors in adolescents, as well as to describe nursing interventions for early detection of the disorder and prevention of complications. To this end, various databases were reviewed, using scientific articles in Spanish and English that are freely accessible and no more than 20 years old.

Based on this, the importance of a comprehensive approach and combined treatment for ADHD is highlighted, emphasizing nursing intervention in early detection, education for adolescents and their families, and the participation of educational institutions.

Keywords: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (ADHD), adolescent, risk-taking, nursing, Cognitive Behavioral Therapy.

1. INTRODUCCIÓN

2.1 JUSTIFICACIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en la infancia, siendo a su vez también muy prevalente entre la población adolescente y adulta ⁽¹⁾. Su prevalencia global se estima en un 5'29% ⁽²⁾, siendo importante destacar que esta patología no es exclusiva de la infancia, manteniendo un 30% de los niños diagnosticados de TDAH la misma sintomatología durante la adolescencia y adultez, y aumentando la cifra a un 65% si solo se tiene en cuenta la persistencia de síntomas significativos y no el cumplimiento de todos los criterios diagnósticos ^(3,4). Es considerado un trastorno multifactorial caracterizado por una sintomatología de dificultad en la atención, impulsividad e hiperactividad ⁽¹⁾.

Por otro lado, la adolescencia supone una serie de grandes cambios físicos, psicológicos y sociales, siendo un periodo de mayor vulnerabilidad y reactividad emocional, una etapa que supone un aumento en las demandas sociales y personales ⁽⁵⁾. En esta fase de la vida hace su aparición la propensión a la toma de riesgos como el consumo de sustancias tóxicas, las conductas sexuales de riesgo, la conducción temeraria o la involucración en peleas, debido en parte a la necesidad que sienten de experimentar cosas nuevas y a la susceptibilidad ante la presión de los pares ⁽⁵⁾.

La presencia de TDAH en los adolescentes no significa que el individuo llevará a cabo conductas peligrosas, pero sí tendrá un mayor riesgo de presentarlas ⁽⁶⁾. La no valoración de las consecuencias, la hiperactividad, la impulsividad o la inatención son síntomas que refuerzan esta tendencia a correr riesgos ⁽⁶⁾. A toda esta sintomatología se le suma la alta comorbilidad que presenta el TDAH con otras patologías como el Trastorno de la Conducta (TC) o el Trastorno Negativista Desafiante (TND), dos comorbilidades que aumentan exponencialmente el riesgo de desarrollar conductas de riesgo ⁽⁷⁾. Según varios estudios realizados en adolescentes con TDAH, se demostró que estos sujetos presentan una mayor propensión al consumo de sustancias y un inicio más temprano ⁽⁶⁾, tienen mayores tasas de embarazo adolescente e infecciones de transmisión sexual ⁽⁸⁾, son más propensos a llevar a cabo conductas delictivas ⁽⁹⁾ y presentan a su vez mayores niveles de agresividad e ira ⁽¹⁰⁾.

La alta prevalencia de este trastorno en la etapa adolescente ^(3,4), los cambios que supone y los retos que conlleva la adolescencia ⁽⁵⁾, los síntomas del TDAH que favorecen la adquisición de conductas de riesgo ⁽⁶⁾, la comorbilidad con otros diagnósticos que a su vez contribuyen a la aparición de estos comportamientos ⁽⁷⁾ y la alta relación existente entre el TDAH en adolescentes y mayores tasas de conductas de riesgo para la integridad del individuo y su entorno ⁽⁶⁾, además de todas las consecuencias que acarrearán, refuerzan la necesidad de intervención y prevención por parte de los profesionales de la salud. Todos estos hechos justifican la importancia de la detección temprana del TDAH y la necesidad de un correcto abordaje terapéutico, con el objetivo de mejorar el pronóstico y las posibles consecuencias ⁽¹¹⁾.

2.2 OBJETIVOS

A la hora de realizar este trabajo, se han establecido una serie de objetivos, tanto general como específicos, a alcanzar a través de una revisión bibliográfica.

Objetivo general:

- Analizar la relación entre el TDAH y las conductas de riesgo en los adolescentes.

Objetivos específicos:

- Describir el TDAH desde una perspectiva multidimensional.
- Identificar conductas de riesgo frecuentes en adolescentes con TDAH.
- Exponer intervenciones enfermeras encaminadas a la prevención de conductas de riesgo en adolescentes con TDAH.
- Desarrollar el papel de la enfermera en el abordaje del TDAH, su implicación en la detección temprana, educación al paciente y su entorno, y seguimiento del tratamiento.

2.3 METODOLOGÍA

La información sobre el TDAH en adolescentes y las conductas de riesgo adoptadas por los mismos expuesta en esta monografía ha sido recopilada mediante una revisión bibliográfica, con la finalidad de obtener datos de distintas fuentes como revistas clínicas, artículos científicos, estudios, guías de práctica clínica, trabajos de doctorado o libros sobre la materia.

Para la realización de este trabajo de fin de grado se han utilizado varias bases de datos bibliográficas y científicas con el fin de obtener la información necesaria. Las bases de datos utilizadas:

- Google Académico.
- PubMed.
- SciELO.
- Ucrea.
- Elsevier.
- ResearchGate.
- Redalyc.
- Dialnet.
- Medline.

Los criterios de inclusión que se han utilizado para la realización de esta monografía han sido “artículos de acceso gratuito”, “en inglés y español” e “intervalo de tiempo de 10 años”, y los criterios de exclusión han sido “artículos de acceso de pago” e “idiomas que no fueran español o inglés”. Tras una primera búsqueda en la que se seleccionan 42 artículos por ser pertinentes para responder a los objetivos planteados, se amplía la búsqueda de artículos de 10 años de antigüedad a 20 años, con el fin de ampliar la muestra, seleccionándose otros 20 artículos. Se han utilizado 6 artículos que exceden este intervalo de años por necesidad de información para esta búsqueda bibliográfica.

Para la realización de este trabajo de fin de grado, se buscó información sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad para contextualizar, sobre la presencia de TDAH en los adolescentes y su relación con la adquisición de conductas de riesgo, y sobre la intervención por parte de los profesionales de enfermería que sería beneficiosa para esta población diana. Los términos utilizados según los descriptores DeCs y MeSh fueron:

- DeCs: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, adolescente, asunción de riesgos, factores de riesgo, uso recreativo de drogas, consumo de bebidas alcohólicas, sexo inseguro, conducta criminal, Terapia Cognitivo-Conductual.
- MeSh: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, adolescent, risk-taking, risk factors, recreational drug use, alcohol drinking, unsafe sex, criminal behavior, Cognitive Behavioral Therapy.

La recopilación de información para la realización de esta búsqueda bibliográfica y de este trabajo de fin de grado comenzó en noviembre de 2024 y finalizó en abril de 2025, empleándose un total de 68 artículos. El gestor bibliográfico empleado ha sido Mendeley.

2.4 DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULO

El primer capítulo recoge los aspectos más relevantes e importantes a conocer del TDAH. Comienza con una definición de este trastorno y sus características, además de un análisis de sus síntomas principales, continuando con una revisión de los criterios necesarios para su diagnóstico según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Academia Americana de Psiquiatría (DSM-5). Posteriormente, se especifica su alta prevalencia, tanto por subtipos, como por edades y género, y su gran comorbilidad con otros trastornos mentales, las posibles causas de esta patología y su compleja y multifactorial etiología. Se finaliza el primer capítulo explicando las opciones farmacológicas y no farmacológicas de tratamiento para el TDAH.

El segundo capítulo se enfoca en las conductas de riesgo presentes entre la población adolescente, más específicamente, en los adolescentes con TDAH. El capítulo empieza explicando las características generales de la adolescencia y los cambios que conlleva, y cómo una patología como el TDAH impacta en la vida de los adolescentes y en varias esferas de esta. Continúa con una descripción de lo que se entiende por conductas de riesgo, por qué son tan prevalentes entre los adolescentes y la vulnerabilidad en concreto que sufren los jóvenes con TDAH a desarrollar este tipo de comportamientos. Se profundiza en algunas conductas concretas (como son el consumo de sustancias, los encuentros sexuales de riesgo, los actos delictivos y los comportamientos agresivos/violentos) que se presentan con frecuencia en la población adolescente con TDAH. Tras describir las conductas de riesgo mencionadas, se explican tanto los factores de riesgo como los protectores para la adquisición de este tipo de conductas en individuos con esta patología, y las posibles consecuencias que tienen para la salud y su vida en general. Para finalizar el capítulo, se describe el papel de Enfermería en el abordaje integral del paciente con TDAH, más específicamente en la detección temprana del trastorno y la educación al paciente y su entorno, con el fin de garantizar el bienestar del individuo y prevenir complicaciones, como es el caso de las conductas de riesgo.

3 CAPÍTULO 1: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

3.1 DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), es un trastorno neurobiológico frecuente que se caracteriza por un patrón de comportamiento y funcionamiento cognitivo que, presente en distintos escenarios de la vida del paciente, provoca dificultades en su funcionalidad social, laboral, educativa, etc. ^(5, 12). Es considerado un trastorno del neurodesarrollo, con base genética y elevada heredabilidad, que provoca en el individuo alteraciones de la atención, impulsividad y sobreactividad motora ⁽¹³⁾. Estos síntomas coexisten habitualmente con otros de carácter emocional, comportamental y cognitivo, además de dificultades de aprendizaje, y con otras patologías como el Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno de la Conducta, depresión y ansiedad ⁽¹³⁾.

La manifestación del trastorno puede evolucionar con el tiempo, con inicio en la infancia (hasta los 12 años según la última actualización del DSM ⁽¹⁴⁾), aunque la disfunción relacionada con los síntomas puede tener una aparición más tardía, y tiene tendencia a oscilar en el tiempo y cambiar su expresión (pudiendo tanto mejorar como empeorar) ⁽¹²⁾.

En el TDAH existe una alteración de las funciones ejecutivas, estas son: la capacidad cognitiva para atender a un estímulo, planificar y organizar una acción, y reflexionar sobre las consecuencias de una acción e inhibir la primera respuesta automática ⁽¹⁵⁾. Los pacientes diagnosticados de TDAH presentan funciones alteradas, como la memoria de trabajo, la inhibición motora, cognitiva y emocional, la atención selectiva y sostenida, la fluidez verbal, la planificación, la flexibilidad cognitiva y el control de las interferencias ⁽¹⁵⁾.

Manifestaciones clínicas:

Los síntomas principales del TDAH son la inatención, hiperactividad e impulsividad, y poseen un gran impacto en todas las áreas de funcionamiento del individuo (cognitivo, académico, laboral, social, familiar, etc.) ⁽¹⁵⁾. Dichos síntomas varían desde más simples a más complejos, y se manifiestan de diferentes formas según diversos factores, como la edad (con los años disminuyen la hiperactividad e impulsividad, aunque la inatención suele perdurar), el género (las niñas suelen presentar menor hiperactividad y agresividad), el contexto en el que se desarrolla (disminuyen en situaciones muy organizadas, novedosas e interesantes, o cuando se tiene supervisión individual y directa, mientras que tienden a aumentar en situaciones que requieren gran atención y esfuerzo mental sostenido, y que carecen de atractivo), la idiosincrasia de la persona y la presencia de una posible comorbilidad ⁽¹⁵⁾.

Inatención:

Se define como la dificultad para mantener la atención y por aburrimiento al poco tiempo de iniciar una actividad (por ello cambian frecuentemente de tareas, más aún si son monótonas o repetitivas) y, aunque consiguen mantener la atención de forma automática sin esfuerzo en actividades que les gustan, les resulta de gran dificultad mantener la atención selectiva y consciente para aprender algo nuevo o completar tareas habituales ⁽¹⁵⁾. No prestan atención a

los detalles, cometen errores por despistes, dejan las tareas a medias, presentan dificultades para organizarse y planificar, evitan tareas que requieran esfuerzo mental, pierden cosas, se distraen con facilidad o por estímulos externos, se olvidan de recados y parece que no escuchan cuando se les habla ⁽¹⁵⁾. La inatención está asociada a las dificultades académicas y a la incapacidad de consecución de objetivos.

Hiperactividad:

Se manifiesta como la dificultad o incapacidad de permanecer quieto, parecen estar siempre en movimiento y su hiperactividad no suele tener un propósito concreto (cambios de postura, enredar con las manos, hacer ruidos, etc.) ⁽¹⁵⁾. Se levantan en situaciones en las que deberían permanecer sentados, corren o suben a alturas de forma recurrente e inapropiada (son propensos a sufrir accidentes por ello y tienen problemas de disciplina), hablan mucho e incluso a veces no se les entiende por su dificultad para organizar sus propias ideas ⁽¹⁵⁾.

Impulsividad:

Se expresa por incapacidad de controlar acciones inmediatas o pensar antes de actuar. Responden antes de que las preguntas hayan sido completadas, hacen comentarios inapropiados sin medir las consecuencias, tienden a pelearse y meterse en problemas, presentan dificultad para esperar su turno, se muestran impacientes e interrumpen conversaciones ⁽¹⁵⁾. La hiperactividad y la impulsividad están más asociadas con alteraciones de las relaciones sociales y las conductas de riesgo ⁽¹⁵⁾.

Además de los tres síntomas principales, existen otras dificultades relacionadas con el TDAH como: dificultad para relacionarse con sus iguales y adultos, problemas en el aprendizaje, rendimiento académico inferior a su capacidad, dificultad para la expresión verbal, torpeza motora gruesa y fina, baja tolerancia a la frustración, escasa noción y manejo del tiempo, tendencia a tener una autoestima baja y a involucrarse en conductas de riesgo ⁽¹⁵⁾, hecho en el que se centrará esta búsqueda bibliográfica posteriormente.

3.2 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del TDAH está basado principalmente en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Academia Americana de Psiquiatría (DSM) ⁽⁵⁾. Los criterios del DSM-V para el TDAH son descriptivos e incluyen tres síntomas distribuidos en dos dominios: A1. Inatención y A2. Hiperactividad/Impulsividad ⁽⁵⁾.

El DSM-5 define el TDAH como *“patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2) (anexo 1) ⁽¹⁴⁾”*. El diagnóstico de TDAH requiere seis o más síntomas de los nueve identificados en el dominio de Inatención y seis o más de los identificados en el dominio de Hiperactividad/Impulsividad, además de haberse mantenido durante un mínimo de 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales ⁽¹⁴⁾. Se debe de tener en cuenta que los síntomas no son solo comportamientos de oposición, hostilidad, desafío o fracaso en la comprensión de tareas y, para

adolescentes mayores y adultos (mayores de 17 años), se requiere un mínimo de cinco síntomas ⁽¹⁴⁾. Los criterios diagnósticos del DSM-5 se encuentran adjuntados en el Anexo 1.

Es preciso especificar si el TDAH es una presentación combinada (si se cumplen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses), una presentación predominante con falta de atención (sí se cumple el criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 durante los últimos 6 meses) o una presentación predominante hiperactiva/impulsiva (sí se cumple el criterio A2 pero no se cumple el criterio A1 durante los últimos 6 meses) ⁽¹⁴⁾. Cuando previamente se cumplían todos los criterios, pero no todos han estado presentes los últimos 6 meses, aunque los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento laboral, académico y social de la persona, se dice que se encuentra en remisión parcial ⁽¹⁴⁾. Por último, se debe especificar la gravedad actual del trastorno, pudiendo ser: leve (pocos o ningún síntoma más que los necesarios para el diagnóstico, y solo producen deterioro mínimo del funcionamiento), moderado (síntomas presentes entre “leves” y “graves”) y grave (muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o varios considerablemente graves, y que producen deterioro notable del funcionamiento) ⁽¹⁴⁾.

Existe otra categoría diagnóstica denominada *“otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado”*, utilizado en presentaciones en las que predominan los síntomas de TDAH que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento del individuo, pero que no cumplen todos los criterios necesarios para el diagnóstico del TDAH ⁽¹⁴⁾. En esta categoría, el clínico opta por especificar el motivo por el que la presentación no cumple los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (p. ej., *“otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad con síntomas de hiperactividad insuficientes”*). Por otro lado, la categoría diagnóstica de *“trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado”* se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de TDAH, pero no cumplen todos los criterios necesarios y, además, el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento ⁽¹⁴⁾.

3.3 EPIDEMIOLOGÍA Y COMORBILIDAD

La mayor parte de los estudios de prevalencia de TDAH realizados en las últimas décadas se han basado en los criterios diagnósticos del DSM-4, el cual contemplaba tres subtipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (presentación clínica inatenta, hiperactiva-impulsiva o combinada) ⁽¹⁶⁾, mientras que el DSM-5 ha abandonado esta diferenciación, solo mencionando la presentación prevalente en cada caso como forma de especificar más el diagnóstico.

El TDAH se considera el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en la infancia ⁽⁴⁾. La prevalencia constatada según criterios diagnósticos DSM-4 se calcula en un 3-7% de los niños en edad escolar ⁽¹⁶⁾. Según una revisión del año 2000 (a partir de 19 estudios basados en criterios DSM), la prevalencia hallada oscilaba entre el rango de 1,9-14,4% ⁽¹⁷⁾ y, en 2007, *Polanczyk y cols.* publicaron un metaanálisis global que estimaba una prevalencia del 5,29% a partir de la revisión de 102 estudios ⁽²⁾. Las diferencias encontradas en las cifras de prevalencia entre diversos estudios guardan más relación con cuestiones metodológicas que con variaciones reales

geográficas, apoyando esto el hecho de que el TDAH es un trastorno global ⁽⁴⁾. En el Anexo 2 se adjuntan los resultados de prevalencia del TDAH según la revisión de *Polanczyk* ⁽²⁾.

Debido a que la mayor parte de estudios de prevalencia del TDAH existentes están basados en los criterios diagnósticos del DSM-4 que sí contemplaba los subtipos anteriormente comentados, existen cifras de prevalencia según esta diferenciación: aproximadamente el 60% de los sujetos cumplirían criterios del tipo combinado, un 30% tipo inatento y solamente un 10% corresponderían al tipo hiperactivo/impulsivo ^(18,4). En el subtipo hiperactivo/impulsivo se tendía a realizar el diagnóstico en torno a los 5 años de edad, en el combinado a los 8 años y, en el inatento, los sujetos tardaban más en ser diagnosticados, alrededor de los 10 años ⁽¹⁸⁾. El inicio de los síntomas del TDAH se suele dar en torno a los 4 años de edad, independientemente del subtipo al que pertenezca ⁽⁴⁾.

Durante muchos años (e incluso en la actualidad) se tuvo la idea errónea de que el TDAH era un síndrome exclusivo de la infancia, pero se ha demostrado que alrededor de un 30% de los niños diagnosticados de TDAH mantienen el síndrome completo en la edad adulta y, si consideramos la persistencia de síntomas significativos a lo largo del tiempo sin llegar a cumplir criterios diagnósticos completos, el porcentaje aumenta hasta un 65% ⁽³⁾. Aun así, los síntomas más llamativos usualmente se van atenuando con la edad ^(3, 4).

Atendiendo a la distribución por sexos, encontramos que la prevalencia en hombres es considerablemente más elevada que en mujeres, la ratio por subtipos es de 4:1 en el hiperactivo y 2:1 en el inatento ⁽¹⁹⁾. En la edad adulta, esta proporción disminuye, aunque no llega a anularse ⁽¹⁹⁾.

Como síntesis general se podría concluir que el TDAH es un trastorno de aparición en la infancia, que permanece hasta en el 30% de los casos en la edad adulta, más presente en hombres que en mujeres, y se estima que la prevalencia global se encuentra en torno al 5%, siendo el subtipo más prevalente el combinado.

Atendiendo ahora a la comorbilidad, en el caso del TDAH es más la regla que la excepción, ya que aproximadamente el 65% de los pacientes con TDAH tienen al menos un diagnóstico comórbido asociado ⁽²⁰⁾. Entre el 54-84% de los niños con este trastorno cumplen criterios para el Trastorno de Negativismo Desafiante (TND); el 15-19% comienzan a fumar o a consumir sustancias a edades más tempranas; entre el 25-35% tienen algún problema de aprendizaje y un tercio presenta algún trastorno por ansiedad ⁽²⁰⁾. La coexistencia de TDAH y TND se relaciona con abuso de sustancias, conductas desinhibidas, violencia o incluso suicidio ⁽²⁰⁾, hecho de gran relevancia en el desarrollo de esta búsqueda bibliográfica. En el Anexo 3 se recogen los principales trastornos comórbidos respecto al TDAH.

3.4 ETIOLOGÍA

La etiología de esta patología es muy compleja y multifactorial, la causa exacta es aún hoy en día un gran interrogante, aunque los estudios más recientes apuntan a que se debe a la interacción de varios factores: genética, factores ambientales, neurobiología y neurotransmisores ⁽²¹⁾. Cabe mencionar que ninguno de los factores nombrados es causa suficiente por sí solo para el desarrollo del trastorno, sino que influyen y contribuyen a su aparición ⁽²¹⁾. Los antecedentes

familiares de TDAH y la exposición de los individuos a factores ambientales adversos son los elementos de mayor riesgo para el diagnóstico de este trastorno ⁽²²⁾. A continuación, se profundizará en cada uno de los factores que se considera que contribuyen a la etiología de este trastorno.

Heredabilidad:

Los estudios en familias afectadas por el TDAH revelan una alta prevalencia del trastorno entre progenitores y hermanos de pacientes ⁽²³⁾. Los hijos de padres con TDAH tienen una recurrencia de entre el 25-50%, y los padres y hermanos de un niño con TDAH tienen entre 2-8 veces más probabilidades de tener esta misma patología que la población general ⁽²³⁾. En gemelos monocigóticos, el diagnóstico aparece en ambos hermanos hasta en un 70-80% de los casos, reduciéndose este porcentaje al 30% en caso de gemelos dicigóticos ⁽²³⁾. En la actualidad, se estima un 74% de heredabilidad media en el TDAH ⁽²³⁾.

Los genes más relacionados con el TDAH son los del sistema monoaminérgico: alteraciones genéticas del sistema dopaminérgico (gen receptor de dopamina D4 y D5, gen del transportador humano de dopamina y el que codifica la catecol-O-metiltransferasa) se relacionan con la presencia de comportamientos antisociales, los genes noradrenérgicos (los que codifican el transportador de noradrenalina) y los receptores alfa-adrenérgicos 2A y 2B se asocian con procesos atencionales y control ejecutivo, y los genes relacionados con el transportador de serotonina intervienen en los desórdenes impulsivos ⁽²¹⁾. Cada gen contribuye débilmente a la expresión del trastorno, pero la interacción de distintos genes y de estos con el entorno determinan la expresión de los síntomas ⁽²¹⁾.

Factores ambientales:

Al igual que en la genética, la presencia de factores ambientales por sí solos no son causa suficiente para el desarrollo del trastorno, pero sí que influyen en gran medida en la evolución y el pronóstico ⁽²¹⁾. Algunos de los factores ambientales de riesgo para el TDAH se encuentran recogidos en el Anexo 4.

El tabaquismo y consumo de alcohol durante el embarazo, complicaciones en el parto o niveles altos de plomo en sangre en los niños pueden intervenir en la etiología del TDAH, contribuyendo al desarrollo del trastorno o empeorando los síntomas ⁽²⁴⁾. El uso de sustancias tóxicas durante el embarazo repercute en la maduración cerebral, que puede generar síntomas de diversos trastornos neuropsicológicos (como es el caso del TDAH), y el bajo peso al nacer y la posición podálica también podrían intervenir, debido a que interfieren en la formación de los circuitos neurológicos estriatales ⁽²⁴⁾.

Otros eventos que predisponen en gran medida al desarrollo de este trastorno son la disfunción familiar, estatus socioeconómico bajo, conflicto familiar crónico, escasa cohesión familiar y la exposición a psicopatología parental ⁽²⁴⁾.

Neurobiología:

Hay aspectos estructurales y funcionales en el cerebro del paciente con TDAH relacionados con este trastorno ⁽²¹⁾. Varios estudios de la morfología cerebral parecen apuntar que el tamaño del cerebro o de ciertas regiones de este (corteza prefrontal, cuerpo caloso, ganglios basales y vénix

cerebeloso) es menor en los niños con TDAH ⁽²¹⁾. Respecto al circuito atencional, en los niños con TDAH está presente un retraso en la madurez cortical, más pronunciado en las áreas relacionadas con la atención (córtex lateral prefrontal) ⁽²¹⁾. En el Anexo 5 podemos observar el sistema atencional cerebral y sus áreas implicadas.

La corteza prefrontal es una de las estructuras cerebrales más íntimamente ligadas al TDAH ⁽²⁵⁾. A través de resonancia magnética, se ha demostrado que la asimetría común en todas las personas entre la parte anterior del hemisferio derecho e izquierdo (siendo ligeramente más grande la derecha) es significativamente más pequeña en pacientes con TDAH y, además, presentan disminución del tamaño de las regiones prefrontales del hemisferio derecho ⁽²⁵⁾.

Atendiendo a la hiperactividad, se ha detectado una disminución del flujo sanguíneo cerebral y del metabolismo en el lóbulo frontal, la corteza parietal y los ganglios basales, con una función en la corteza sensoriomotora aumentada ⁽²¹⁾.

Neurotransmisores:

La neuropsicofarmacología del TDAH se ha centrado desde hace años en el estudio de las catecolaminas dopamina (DA) y noradrenalina (NA), dos neurotransmisores que deben encontrarse en un nivel óptimo para el correcto funcionamiento de la corteza prefrontal ⁽²¹⁾.

Respecto a la dopamina, la activación de los receptores D1 (disminuida en pacientes con TDAH) se relaciona con la capacidad de identificar una información como irrelevante, pudiendo suprimirla y que la comunicación interneuronal sea más selectiva ⁽²¹⁾. Por otro lado, los receptores D4 parecen inhibir la transmisión GABA, por lo que una menor actividad de los receptores D4 (como ocurre en el TDAH) produciría una excesiva transmisión de GABA (que es el principal neurotransmisor inhibitorio en el sistema nervioso central) y una menor actividad cerebral del córtex prefrontal entre otras zonas del cerebro, traduciéndose esto en una dificultad para mantener la atención ⁽²¹⁾. Atendiendo a la hiperactividad/impulsividad, la regulación del sistema recompensa-inhibición de la respuesta automática es función de los receptores D2 y D3, encontrándose estos disminuidos según varios estudios en los pacientes con TDAH ⁽²¹⁾.

La noradrenalina (que actúa sobre los receptores α_1 , α_2 , β_1 , β_2 y β_3), al igual que la dopamina, se encuentra en niveles más bajos en individuos con TDAH ⁽²¹⁾. La estimulación de los receptores α_2 mejora la función de la corteza prefrontal, mientras que la estimulación de los receptores α_1 y β_1 deteriora su función ⁽²¹⁾.

En conclusión, tanto una liberación pequeña con insuficiente actividad de los receptores D1 y α_2 (TDAH no tratado), como una liberación elevada con gran estímulo de los receptores α_1 y β_1 (TDAH tratado con dosis excesiva), empeoran el funcionamiento de la corteza prefrontal ⁽²¹⁾.

3.5 TRATAMIENTO

Para el tratamiento del TDAH, los procedimientos más eficaces y estudiados son los métodos conductuales y el tratamiento farmacológico ⁽²⁶⁾. El tratamiento debe adaptarse a las necesidades particulares de cada paciente y ser individualizado, teniendo en cuenta la edad, sintomatología, gravedad, repercusión en la funcionalidad del individuo y las preferencias de este y su familia ⁽²⁷⁾.

Existen varias estrategias de intervención, siendo las propuestas que conllevan un tratamiento integral las que muestran resultados más relevantes, incluyendo tratamiento farmacológico, terapia cognitivo-conductual, educación a progenitores y participación de las instituciones educativas ⁽²⁸⁾.

Tratamiento farmacológico

La Academia Americana de Pediatría recomienda el tratamiento farmacológico en niños y adolescentes con TDAH moderado-grave, dentro de un plan individualizado y multimodal ⁽²⁷⁾. Se dispone de dos tipos de tratamientos farmacológicos: los fármacos psicoestimulantes y no psicoestimulantes.

Tratamiento psicoestimulante

Estos medicamentos son sustancias simpaticomiméticas, con un mecanismo y estructura parecidos a las catecolaminas (dopamina y noradrenalina), incrementando la actividad del sistema nervioso central ⁽²⁷⁾. Su administración aumenta el estado de alerta, mejorando la atención y concentración ⁽²⁶⁾. Su vía de administración es oral, tiene un comienzo de acción rápido y la mayoría de sus efectos secundarios son leves y, en muchos casos, reversibles, siendo un tratamiento seguro ⁽²⁷⁾. Se dispone principalmente de dos medicamentos psicoestimulantes:

Metilfenidato:

Es un derivado de la piperidina y sus efectos son gracias a su capacidad de bloqueo de los transportadores de dopamina y noradrenalina, impidiendo su recaptación ⁽²⁶⁾. Existen cinco presentaciones distintas, dos de liberación inmediata (Rubifen y Medicebran) y tres de liberación modificada (Concerta, Medikinet y Equasym), que combinan Metilfenidato de liberación inmediata y retardada ⁽²⁷⁾. Los de liberación inmediata presentan una acción de unas cuatro horas y pueden tomarse hasta tres veces al día, siendo su dosis máxima de 60mg al día ⁽²⁶⁾. Por otro lado, los de liberación prolongada presentan una duración de unas ocho horas y se toma una o dos veces al día, con una dosis máxima también de 60mg/dl ⁽²⁶⁾.

El Metilfenidato reduce los síntomas principales del TDAH, pero, además, ayuda a mejorar las funciones cognitivas, sociales y conductuales, y su eficacia oscila entre el 60-75% de los pacientes ⁽²⁷⁾. Entre sus efectos adversos encontramos retraso en el crecimiento, cefalea, insomnio, molestias abdominales y pérdida de apetito (pudiendo modificar gran parte de ellos ajustando la dosis u horario de la toma), siendo la probabilidad de complicaciones vasculares muy baja ⁽²⁹⁾. La duración del tratamiento será hasta la mejoría del paciente o remisión sintomática, debiendo tomar la mediación todos los días ⁽²⁷⁾.

Anfetaminas:

Son agentes adrenérgicos sintéticos y su actividad sobre los sistemas de noradrenalina y dopamina provoca su actividad psicoestimulante ⁽²⁶⁾. El fármaco aumenta la neurotransmisión de noradrenalina y dopamina, bloqueando su reabsorción e incrementando su disponibilidad ⁽³⁰⁾. En España solo se dispone de Lisdexanfetaminas y está comercializado con el nombre Elvanse (LDX), se propone como tratamiento para el TDAH cuando la respuesta al Metilfenidato es inadecuada ^(26, 27). La molécula está formada por la unión de L-lisina a d-anfetamina, lo que la convierte en hidrosoluble e inactiva, hecho que reduce su toxicidad e incrementa su estabilidad y

especificidad⁽²⁷⁾. Su administración es oral y su absorción es a nivel gastrointestinal, con un inicio de sus efectos a los 30 minutos aproximadamente y una acción de unas 13 horas en niños y 14 horas en adultos (es el medicamento estimulante con mayor duración de acción)^(26, 27). Existen formatos de 30, 50 y 70 mg en cápsulas y su dosis inicial es de 30mg, tanto en niños como adultos, aumentando la dosis hasta 70mg según tolerancia del paciente y tomándolo en una única toma diaria⁽²⁷⁾.

Sus efectos secundarios son similares a los del Metilfenidato, siendo los más comunes la pérdida de apetito, insomnio, molestias abdominales, cefalea o sequedad de boca, pudiendo producir también aumento de la tensión arterial y frecuencia cardíaca o complicaciones cardiovasculares graves si se hace un uso indebido, por lo que se deben descartar alteraciones cardiovasculares o un abuso potencial antes de su prescripción⁽³⁰⁾. La Lisdexanfetamina reduce la sintomatología del TDAH y, además de este uso, se ha demostrado que es beneficiosa también en el tratamiento del Trastorno por Atracón y de la abstinencia por metanfetaminas⁽³⁰⁾.

Tratamiento no psicoestimulante

Estos fármacos tienen mecanismos de acción muy diversos, pero generalmente incrementan la disponibilidad de noradrenalina y dopamina, y aunque su efecto sea menor que el de los fármacos estimulantes, se debe considerar su utilización si existen comorbilidades como el Trastorno por Tics, el Trastorno Ansioso Depresivo o abuso de sustancias, o si no se están obteniendo los resultados esperados con la medicación estimulante⁽³¹⁾. Aunque la Clonidina, el Bupropion y los antidepresivos tricíclicos están disponibles (aunque no aprobados) para el tratamiento del TDAH en España, la Atomoxetina y la Guanfacina están aprobadas e indicadas para esta patología⁽³¹⁾:

Atomoxetina:

Es un inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina⁽²⁶⁾. Fue autorizado en 2007 en España y se ha demostrado que mejora síntomas principales en menor medida que el Metilfenidato o Anfetaminas, pero es efectivo para la mejoría de la calidad de vida⁽³¹⁾. Se comercializa con el nombre de Strattera y hay cápsulas de 10, 18, 25, 40, 60, 80 y 100mg⁽²⁶⁾. Su inicio de acción no es inmediato como en los estimulantes, sino que puede tardar semanas, y la duración de la respuesta es de 24 horas^(26, 31). Se puede tomar por la mañana o por la noche y está indicado en niños mayores a 6 años, si pesan menos de 70kg se empezará con una dosis de 0,5mg/kg/día y se irá aumentando semanalmente hasta una dosis de 1,2mg/kg/día, y si pesan más de 70kg se iniciará con una dosis de 40mg/día, siendo la dosis máxima 100mg/día^(26, 31).

Entre sus efectos secundarios más comunes se encuentran la cefalea, disminución del apetito, pérdida de peso, dolor abdominal, insomnio, molestias gastrointestinales e irritabilidad, pudiendo aumentar también la tensión arterial y la frecuencia cardíaca, por lo que hay que revisar los antecedentes personales previamente a su prescripción⁽³¹⁾.

Guanfacina:

La Guanfacina de liberación prolongada, comercializada con el nombre de Intuniv, es un agonista selectivo de los receptores α -adrenérgicos y hay comprimidos de 1, 2, 3 y 4mg^(26, 31). Su acción tiene una duración de 24 horas, siendo preferible la toma nocturna, y se suele comenzar con una dosis de 1mg/día, aumentando semanalmente 1mg/día hasta una dosis máxima de 7mg/día (la

dosis óptima sería 0,05-0,12mg/kg/día)^(26, 31). Este fármaco está indicado en niños entre 6 y 17 años con TDAH en los cuales no se pueda utilizar o no sean eficaces los estimulantes o la Atomoxetina⁽²⁶⁾. Tiene un inicio de acción más rápido que la Atomoxetina, de unas 4 semanas aproximadamente, y su efecto es beneficioso en las funciones cognitivas de la corteza prefrontal⁽³¹⁾.

Sus efectos secundarios son leves y dependen de la dosis, los más comunes son somnolencia y fatiga, aunque como otros fármacos para el TDAH, también puede provocar insomnio, dolor abdominal, cefalea, irritabilidad y pérdida de apetito⁽³¹⁾.

Tratamiento no farmacológico

Los niños y adolescentes que no reciben el tratamiento adecuado mantienen la sintomatología propia del TDAH, a la cual podrían asociarse complicaciones como problemas adaptativos que los vuelven más susceptibles al consumo de sustancias tóxicas, a las conductas sexuales de riesgo y a los comportamientos disruptivos⁽³²⁾. La intervención psicológica más ampliamente reconocida en personas con TDAH es la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la cual permite adquirir un nivel óptimo de control de la ansiedad, pensamiento autocrítico, impulsividad, mejoras en las relaciones personales y mayores periodos de atención⁽³²⁾.

Las TCC se basan en detectar y modificar patrones de pensamiento y comportamiento inadecuados a través de técnicas como son el entrenamiento en habilidades interpersonales, autoinstrucciones, resolución de problemas y la reestructuración cognitiva⁽³³⁾. Estas terapias ayudan a los pacientes a adquirir estrategias para sobrellevar la sintomatología y mejorar su funcionalidad, además de permitirles desarrollar comportamientos más organizados y menos impulsivos e identificar conductas no adaptativas y reemplazarlas por otras más adecuadas⁽³³⁾. La TCC también resulta de gran utilidad para tratar comorbilidades, tales como la ansiedad, depresión o los Trastornos de la Conducta y Negativista Desafiante, que tan frecuentemente acompañan al TDAH⁽³³⁾.

Las TCC centradas en el niño-adolescente, la familia y la escuela son las que han presentado mayor eficacia, enseñando a profesores y padres técnicas operantes (economía de fichas, extinción, reforzamiento, etc.) y utilizando técnicas cognitivo-conductuales con el niño (resolución de problemas, entrenamiento del autocontrol, habilidades sociales, etc.)⁽³⁴⁾. Es imprescindible la implicación activa tanto de padres como docentes, ya que el entrenamiento a los progenitores modifica la interacción padre-hijo, mejorando la conducta social y reduciendo las conductas desadaptativas, y el entrenamiento a los profesores mejora el éxito académico⁽³⁴⁾. Estas terapias ofrecen resultados positivos en las relaciones interpersonales y en el autocontrol, ya que la terapia cognitiva-conductual, la psicoeducación, la organización, entrenamiento en habilidades académicas y sociales, y las estrategias de regulación emocional permiten que el individuo mejore en el cumplimiento de horarios, reduce el ausentismo escolar y produce mejoras en la conducta⁽³²⁾.

Por otro lado, las terapias conductuales en el tratamiento del paciente con TDAH son técnicas reforzadoras que pretenden modificar la conducta e incrementar el control de la hiperactividad, mejorar la impulsividad y los procesos atencionales⁽³³⁾. Con las familias de niños con TDAH se debe trabajar para enseñar cómo poner límites y establecer reglas, cómo adquirir buenos hábitos y cambiar comportamientos inadecuados o disruptivos⁽³³⁾. En las escuelas, se utilizan

técnicas como el reforzamiento, la economía de fichas, el tiempo fuera o los costes de respuestas para mejorar la realización de tareas, la planificación y organización, las habilidades académicas, el comportamiento en el aula y su relación con los pares ⁽³³⁾.

En la mayoría de las investigaciones respecto a programas de intervención en pacientes con TDAH empleando TCC, se precisan de más de 10 sesiones y los objetivos se enfocan en disminuir las conductas disruptivas, educar a los padres sobre la patología y su manejo, regular el comportamiento y enseñar técnicas de relajación para afrontar efectivamente los problemas y conflictos ⁽³⁵⁾.

Existen pocas investigaciones respecto al tratamiento psicológico para adolescentes con TDAH comparado con el amplio estudio realizado en niños y adultos ⁽³⁶⁾. En el caso de los adolescentes, la mayor parte de investigaciones se han centrado en intervenciones hacia los padres e institutos, siendo estas intervenciones indirectas al adolescente ⁽³⁶⁾. Los estudios realizados en esta población se han basado generalmente en el modelo cognitivo-conductual, ya que han reflejado una mayor eficacia en adolescentes que en niños debido al mayor desarrollo cognitivo ⁽³⁶⁾. Los tratamientos psicosociales en adolescentes con TDAH son beneficiosos para los síntomas tanto emocionales como conductuales y funcionales, mejorando las habilidades y resultados académicos, la organización, las conductas disruptivas y la realización de deberes ⁽³³⁾.

Se debe tener en cuenta que la combinación de tratamiento farmacológico estimulante y la terapia cognitivo-conductual es más efectiva que el tratamiento farmacológico aislado y que cualquier terapia psicosocial ⁽³³⁾.

4. CAPÍTULO 2: CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES CON TDAH E INTERVENCIÓN ENFERMERA

4.1 IMPACTO DEL TDAH EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia se asocia a un periodo de transición, lleno de grandes cambios fisiológicos, físicos, psicosociales y culturales, una etapa de mayor vulnerabilidad ⁽⁵⁾. Este periodo incluye un aumento de las demandas cognitivas, académicas y sociales, además de experimentar una mayor reactividad emocional ⁽⁵⁾. Su ambiente social cambia, le dan más relevancia y pasan más tiempo con sus amigos, hay mayor conflicto con sus progenitores, aumenta la complejidad de las relaciones y la necesidad de aceptación, y le dan mucha importancia a la privacidad ⁽⁵⁾. Esta etapa, además, se caracteriza por una mayor propensión a correr riesgos, no por fallo en la percepción de peligro, sino por dificultad en la autorregulación y la necesidad de experiencias nuevas, implicando esto más accidentes, consumo de tóxicos, embarazo y conductas sexuales inseguras entre muchos otros ⁽³⁷⁾. Las características propias de la pubertad y adolescencia se exacerban en los pacientes con TDAH, más aún si no han sido diagnosticados ⁽³⁸⁾.

Como se ha mencionado en apartados anteriores, el TDAH no es un trastorno exclusivo de la infancia, sus síntomas no disminuyen del todo con la edad, sino que siguen generando complicaciones en la adolescencia y edad adulta. El TDAH tiene una prevalencia del 4-5% en la adolescencia y se calcula que el 70% de los niños que fueron diagnosticados en su infancia, continuarán con síntomas en la adolescencia, e incluso un 50% mantendrán los mismos en la

etapa adulta ⁽³⁸⁾. La mayor parte de los adolescentes mantienen problemas de atención e impulsividad (mientras que se reducen generalmente los de hiperactividad), generándoles problemas en su funcionamiento académico y familiar, afectando negativamente en su autoestima y aumentando sus sentimientos de culpa por el fracaso escolar y social ⁽³⁸⁾.

Entre las características de los adolescentes con TDAH encontramos la dificultad para atender a un estímulo o varios a la vez, no logran permanecer tiempos prolongados centrados en el trabajo, muestran poco interés en lo académico, dejan a medias o no entregan tareas y les resulta complicado mantener un orden y organizarse ⁽³⁹⁾. En un aspecto más social, el adolescente con TDAH tiende a hablar excesivamente, incluso a responder antes de que se haya terminado de formular la pregunta, interrumpen conversaciones y actividades de los demás, parece que no escuchan cuando se les habla y son impulsivos, a veces derivando en comportamientos agresivos ⁽³⁹⁾.

Varias áreas de la vida diaria de los adolescentes se ven afectadas por la presencia de este trastorno, entre ellas las más destacables son:

Convivencia familiar:

La afectación de esta área depende del conocimiento y aceptación que tenga la familia respecto al trastorno padecido por su hijo, y su grado de compromiso a la hora de ayudarlo con el manejo de los síntomas ⁽³⁸⁾. Los adolescentes con TDAH pueden presentar problemas de conducta, ansiedad, ánimo inestable, problemas de aprendizaje, etc., lo cual repercute de manera considerable al ámbito familiar ⁽⁴⁰⁾.

Vida social:

En la adolescencia, la relación con los amigos gana gran relevancia, le dan mucha importancia a la aceptación por parte del grupo y a los vínculos sociales, aunque también las relaciones se vuelven más complejas. En el caso del adolescente con TDAH, puede sentirse rechazado por parte del grupo por su nivel de impulsividad, hiperactividad e inatención, hecho que puede conducirlo a buscar grupos con problemas similares al suyo, favoreciendo la integración a “pandillas” y la implicación en conductas de riesgo y consumo de sustancias ⁽³⁸⁾.

Relación de pareja:

La relación de pareja es uno de los nuevos y más importantes aspectos en la vida del adolescente, pero hay características del paciente con TDAH (impulsividad, no prestar atención, no escuchar, etc.) que dificultan en gran medida el noviazgo ⁽³⁸⁾. Tienden a perder el control de sus emociones, a discutir por cosas irrelevantes, a no reconocer sus errores, a veces no cumplen sus acuerdos, pueden hablar mucho y aburrir a la pareja, y más características del TDAH que pueden resentir el vínculo sentimental ⁽³⁸⁾.

Área académica:

Las demandas académicas aumentan considerablemente en la educación secundaria y bachillerato, los horarios se extienden y la exigencia es mayor, siendo todo esto un desafío adaptativo para el paciente con TDAH ⁽³⁸⁾. Al tener más asignaturas, profesores y tareas, se ponen en evidencia los problemas académicos, la dificultad en el aprendizaje y la concentración, que igual durante la educación primaria pasaron desapercibidos ⁽³⁸⁾. Los adolescentes con TDAH

tienen tasas mayores de bajo rendimiento escolar y cursos repetidos en comparación a los adolescentes sin este trastorno ⁽³⁸⁾.

4.2 CONDUCTAS DE RIESGO Y VULNERABILIDAD EN LOS ADOLESCENTES CON TDAH

Entendemos por conductas de riesgo *“las acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas”*, y son especialmente frecuentes en los adolescentes, ya que entre estos destacan la sensación de invulnerabilidad, la búsqueda de experimentar cosas nuevas, la presión social y la necesidad de encajar en el grupo, la reafirmación de la identidad, llevar la contraria a los padres y la transgresión ⁽⁴¹⁾. Este tipo de conductas generan serios problemas y dificultades, no solo al adolescente, sino también a su entorno familiar y comunidad ⁽⁴²⁾. Son consideradas como conductas de riesgo las conductas sexuales sin protección, el abuso de alcohol, el tabaquismo, el consumo de otros tóxicos, algunas conductas agresivas, conducción temeraria, entre muchas otras ⁽⁴²⁾.

Basándonos en la evidencia científica, las áreas dopaminérgicas (directamente relacionadas con el “circuito de recompensa”) están implicadas en los aspectos emocionales que influyen en la realización de conductas de riesgo por parte de los adolescentes ⁽⁴¹⁾. El área de la corteza prefrontal se encuentra aún en desarrollo en el adolescente (además de las diferencias anatómicas ya explicadas anteriormente en el caso del individuo con TDAH), lo que explica que se conozcan los riesgos y las consecuencias de las acciones y, aun así, las lleven a cabo ⁽⁴¹⁾.

Estas conductas de riesgo en los adolescentes ponen en peligro en muchas ocasiones su salud y pueden perjudicar su futuro ⁽⁴²⁾. Además, los jóvenes que cometen este tipo de conductas son más propensos a tener otros comportamientos de riesgo, ya que, en muchos casos, distintas conductas de riesgo se asocian entre sí, lo que les vuelve más vulnerables a vincularse a grupos y lugares que implican un riesgo potencial para sí mismos ⁽⁴²⁾.

En la adolescencia, las conductas de riesgo son consideradas determinantes de la salud, debido a que pueden causar morbilidad y mortalidad, y entre las más frecuentes en este grupo de edad encontramos: el consumo de drogas, el suicidio, las conductas sexuales sin protección (y, por ende, las infecciones de transmisión sexual y embarazo precoz), la ingesta de alcohol y los accidentes ⁽⁴²⁾.

En el caso de los adolescentes con TDAH, los problemas que presentan son similares a las conductas demostradas por niños con TDAH, pero su complejidad y contexto cambian considerablemente, por lo que su evaluación y tratamiento no deben incluir únicamente los síntomas principales del TDAH, sino también sus riesgos asociados y su prevención (como la realización de conductas potencialmente dañinas para sí mismos) ⁽⁵⁾.

Se puede afirmar que no todos los adolescentes con TDAH presentarán estas conductas, pero sí que tienen un riesgo mayor de presentarlas, debido entre otras causas por la alteración del desarrollo cerebral y por la falla social y académica tan frecuentes ⁽⁶⁾. En esta tendencia a realizar conductas de riesgo intervienen diversos factores como la impulsividad, la hiperactividad, la no valoración de las consecuencias y la distracción (debido a que algunas sustancias psicoactivas

mejoran temporalmente la atención, los individuos con TDAH a veces tienden a experimentar con el consumo de sustancias para paliar estos síntomas)⁽⁶⁾. La impulsividad y la hiperactividad conllevan un deterioro de las relaciones sociales, se generan peleas y el adolescente acaba apartado del grupo, favoreciendo esto la aparición de conductas delictivas y consumo de sustancias⁽⁴³⁾. Por otro lado, la inatención provoca dificultades en el ámbito académico y, en muchas ocasiones, un retraso escolar, la repetición de cursos e incluso el abandono de los estudios, hechos fuertemente vinculados también a la adquisición de comportamientos de riesgo⁽⁴³⁾. Además, factores ambientales como el bajo nivel económico, la disfunción familiar y algunas comorbilidades (como el Trastorno Negativista Desafiante), incrementan el riesgo⁽⁶⁾.

A continuación, se profundizará en algunas de las conductas de riesgo más frecuentes en los adolescentes con TDAH y su mayor propensión a adquirirlas:

Consumo de sustancias:

Desde los años 80 se empezó a estudiar la relación entre el TDAH y el gran número de casos de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre adolescentes con este trastorno⁽⁶⁾. Se estima que la comorbilidad entre el TDAH y el Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) es del 45%⁽⁴⁴⁾. Esta mayor propensión al uso de sustancias es debida a su carácter prohibido y novedoso, a la necesidad de transgresión, y el inicio de su consumo tiende a ser más temprano en individuos con TDAH, además de mantenerlo con mayor intensidad y duración⁽⁶⁾. Varias investigaciones afirman que, entre los adolescentes con trastorno por consumo de sustancias, un 25'3% están diagnosticados con TDAH, y un 20'5% de los consumidores de cocaína cumplen criterios diagnósticos del mismo⁽⁴⁵⁾.

Según un estudio realizado en Santiago de Compostela en el 2021 (Anexo 6) con una muestra de 3339 adolescentes de entre 12-18 años (222 de ellos diagnosticados de TDAH), el consumo de sustancias psicoactivas es mayor en adolescentes con TDAH en comparación a sus pares sin diagnóstico⁽⁴⁵⁾. Entre los sujetos con TDAH, el 58'1% había bebido y el 22% había realizado *binge drinking* (acto de consumir bebidas alcohólicas con la intención principal de intoxicarse en un periodo corto de tiempo) en el último año, el 38'7% había fumado, el 22'1% confesó haber consumido marihuana o hachís, y se objetivó que el consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos también fue mayor en el grupo de individuos diagnosticados⁽⁴⁵⁾. La diferencia de consumo fue muy significativa entre mujeres con y sin TDAH (aunque el consumo sea mayor en hombres), siendo entre las mujeres con TDAH casi el doble el consumo de riesgo de alcohol, más del triple el de cannabis y significativamente superior el consumo de sustancias en general⁽⁴⁵⁾ (Anexo 7). Respecto a la edad de inicio, los adolescentes con TDAH inician el consumo desde edades más tempranas en todas las sustancias, siendo significativa en el caso del tabaco: los hombres diagnosticados comienzan a fumar casi un año antes que sus pares sin trastorno y las mujeres con TDAH inician casi medio año antes el consumo de cannabis⁽⁴⁵⁾ (Anexo 8).

La impulsividad es posiblemente el síntoma de TDAH más peligroso para el futuro del adolescente, ya que tiene una alta correlación con la utilización de sustancias tóxicas, así como con otras conductas de riesgo social⁽⁶⁾. La corteza prefrontal es la encargada principal del autocontrol y alcanza la madurez en torno a los 30 años, y si a este hecho le sumamos la alterada función prefrontal de los individuos con TDAH, resulta lógico que los adolescentes con este diagnóstico sean más propensos al consumo de sustancias⁽⁴⁴⁾.

Conductas sexuales de riesgo:

La adolescencia es un periodo de descubrimiento sexual, un mundo que genera curiosidad y buscan satisfacerla mediante la propia experiencia ⁽⁴⁶⁾. Con el aumento de edad, se fomentan las fantasías sexuales y las conductas de riesgo, además, el ampliado uso de internet da acceso a los jóvenes a herramientas de información sobre el sexo generalmente erróneas, lo que provoca baja percepción del riesgo y poca prevención ⁽⁴⁶⁾.

Los adolescentes con TDAH son una de las poblaciones menos estudiadas dentro del campo de la sexualidad ⁽⁴⁶⁾. El desarrollo de una sexualidad saludable en estos individuos se puede ver afectada debido, por una parte, al desbalance de neurotransmisores que presentan (que interfieren en aspectos cognitivos, emocionales y sociales) y, por otra parte, a los cambios físicos y hormonales que ocurren en la pubertad ⁽⁴⁶⁾. Si los adolescentes ya de por sí tienden a experimentar conductas de riesgo durante el sexo, estas conductas serán aún mayores si el adolescente tiene problemas para controlar sus impulsos ⁽⁴⁶⁾.

Según estudios que han analizado la vida de menores con TDAH hasta los 19-25 años, se observa que tuvieron un debut sexual más temprano, más parejas sexuales a lo largo de la vida, tasas más altas de embarazo y de ITS ⁽⁸⁾. Este hecho se explica, no tanto por el diagnóstico de TDAH, sino más bien por sus complicaciones comórbidas, encontrándose una relación significativa entre el abuso de sustancias y trastornos de la conducta con comportamientos sexuales de riesgo ⁽⁸⁾. Entre los síntomas del TDAH, los que más repercuten en la aparición de actividades sexuales riesgosas son la impulsividad y la hiperactividad, no encontrándose una gran relación con la inatención ⁽⁸⁾.

Se ha observado una mayor incidencia de consecuencias negativas por consumo de alcohol en adolescentes con TDAH que en sus pares sin TDAH, pueden ser más sensibles a su efecto desinhibidor y, por ende, a participar en conductas sexuales de riesgo ⁽⁴⁷⁾. Además, gran cantidad de adolescentes experimentan por primera vez el vivir alejados de sus padres debido al inicio de la etapa universitaria, hecho que provoca un menor control parental y agrava su riesgo ⁽⁴⁷⁾.

El Estudio de Resultados de Adultos Jóvenes de Milwaukee informó que la tasa de ITS entre la población de 19-25 años con TDAH excedió la tasa del grupo control cuatro veces, además de ser más propensos a sufrir de embarazos no planificados ⁽⁴⁸⁾.

Conductas delictivas:

Hay varios factores de riesgo para que los adolescentes participen en actividades ilícitas o delictivas, entre ellos la marginación social, pobreza, violencia familiar y consumo de sustancias, pero en menor medida se ha considerado también que los trastornos del neurodesarrollo (como el TDAH) generan una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno antisocial y conductas delictivas ⁽⁹⁾. El porcentaje de TDAH a nivel internacional en población reclusa oscila en un rango de 39-54%, lo que indica que este trastorno podría ser un posible factor de riesgo de conductas ilícitas ⁽⁴⁹⁾. A la hora de analizar el impacto del TDAH en adolescentes y la participación en actividades delictivas, se debe tener en cuenta la presencia de comorbilidades, ya que el TDAH en adolescentes infractores se suele presentar junto con otros trastornos como el oposicionista desafiante, problemas de conducta, uso de sustancias y personalidad antisocial ⁽⁹⁾.

Según un estudio llevado a cabo en 2019 por la autora Siria-Mendoza⁽⁵⁰⁾, que estudió el perfil de 73 adolescentes ofensores sexuales españoles de entre 14 y 18 años, el 26% padecía de un trastorno mental, siendo el TDAH el más frecuente (11%). En 2015, Ribas-Siñol y cols. realizaron un estudio sobre los trastornos mentales y consumo de sustancias en una unidad terapéutica de justicia juvenil en Cataluña⁽⁵¹⁾. Los participantes eran 144 jóvenes de 15-21 años que ingresaron en la unidad entre 2006-2011, de los cuales el 78'5% consumía alguna sustancia, el 22'2% tenía un diagnóstico de psicosis y un 18'1% presentaba TDAH⁽⁵¹⁾. Ribas-Siñol y cols. llevó a cabo otro estudio en 2018 con el objetivo de conocer la reincidencia delictiva de los adolescentes con patología mental. En él, se analizó los perfiles de 81 adolescentes reincidentes (96,3% eran varones), dando como resultado que el 53% contaban con un diagnóstico de trastorno mental: abuso de sustancias (53%), TDAH (25%) y trastorno desafiante (15%), reflejando esto que el TDAH es una variable de alto riesgo para la reincidencia en adolescentes de cometer un delito⁽⁴⁹⁾.

Uno de los hechos que más vincula el TDAH y la adquisición de conductas delictivas es el bajo autocontrol y la impulsividad que presentan los individuos diagnosticados de este trastorno, pero se considera que también repercute el fracaso educativo, los vínculos familiares débiles y el abuso de sustancias⁽⁵²⁾. Según si el paciente está siendo tratado o no, es más probable que el TDAH sea un factor de riesgo de actos delictivos, siendo los no intervenidos más proclives a estas conductas⁽⁴⁹⁾.

Conductas agresivas o violentas:

Los adolescentes diagnosticados con TDAH y que presentan comorbilidades con otros trastornos disruptivos durante la infancia (que incluyen el Trastorno de la Conducta y el Trastorno Negativista Desafiante), cuentan con mayores niveles de agresividad relacionados con una mayor emocionalidad en forma de ira⁽¹⁰⁾. Esto sugiere que, además del déficit de atención e hiperactividad/impulsividad, el mal control emocional puede ser un componente muy relevante en el TDAH⁽¹⁰⁾. Los déficits en la respuesta inhibitoria, la elevada labilidad emocional y la impulsividad caracterizan al TDAH y respaldan la aparición de conductas de frustración-agresividad⁽⁵³⁾.

Respecto a la agresividad, es importante diferenciar dos subtipos: la agresividad reactiva (o impulsiva) y la proactiva⁽⁵⁴⁾. La agresión impulsiva surge de la frustración y el enfado ante provocaciones percibidas o factores estresantes, es una respuesta no planificada que muestra una emocionalidad fuera de control y que acarrea consecuencias negativas para el agresor⁽⁵⁴⁾. Por otro lado, la agresividad proactiva es un comportamiento planificado, consciente y orientado hacia un objetivo⁽⁵⁴⁾. La agresividad impulsiva se ha relacionado con la desregulación emocional (que se refiere a déficits en el primer paso del autocontrol emocional), la cual es una característica principal del TDAH y puede ser, en parte, responsable de la coexistencia de TDAH y agresividad reactiva⁽⁵⁴⁾.

En 2008, se publicó un estudio con el objetivo de examinar los comportamientos agresivos y procesos emocionales encubiertos en adolescentes con TDAH y trastornos disruptivos del comportamiento⁽¹⁰⁾. La muestra clínica fue de 85 participantes diagnosticados con TDAH entre los 7-11 años, seleccionados a principios de la década de 1990 y, de ellos, 44 cumplían criterios de diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante (TND) y 22 de Trastorno de la Conducta (TC)

⁽¹⁰⁾. Habiendo transcurrido 10 años, este grupo de adolescentes fue reevaluado y comparado con un grupo de control sin diagnóstico de TDAH y de la misma edad para medir los resultados de agresión física, verbal, ira y hostilidad ⁽¹⁰⁾. Los resultados reflejaron que los adolescentes con TDAH y TC tuvieron niveles altos de agresión física en comparación con el grupo control o los solo diagnosticados de TDAH, y que el grupo con TDAH y TND presentaron niveles más elevados de agresión verbal que el grupo control ⁽¹⁰⁾. Todos los grupos con diagnóstico reflejaron mayores niveles de ira que el grupo control, en cambio, respecto a la hostilidad, los resultados no fueron significativos ⁽¹⁰⁾.

Se observa así que la dificultad en la regulación emocional que sufren las personas con TDAH puede influir en la aparición de agresividad impulsiva y no planificada, al igual que su coexistencia con trastornos disruptivos (los cuales son una comorbilidad común del TDAH) también puede repercutir en los niveles de ira y violencia ^(10, 54).

4.3 FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES CON TDAH

Un factor de riesgo es una característica que aumenta la posibilidad de presentar un evento adverso y puede ser un factor individual, familiar o contextual ⁽⁵⁵⁾. La identificación de estos factores es imprescindible a la hora de diseñar intervenciones que permitan prevenir complicaciones ⁽⁵⁵⁾. Se pueden identificar factores de riesgo para la adquisición de conductas de riesgo por parte de los adolescentes con TDAH relacionados con el propio TDAH o inherentes a la adolescencia en sí ⁽⁵⁵⁾. También existen factores protectores, que son características individuales, familiares o contextuales que reducen la posibilidad de presentar alguna complicación ⁽⁵⁵⁾. En la siguiente tabla se recogen los principales factores de riesgo y protectores de las conductas de riesgo en adolescentes con TDAH:

Factores de riesgo de las conductas de riesgo en adolescentes con TDAH	Relacionados con la adolescencia:	• Etapa en la que se adquieren los estilos de vida (que pueden ser saludables o problemáticos) ⁽⁴²⁾. • Sociedad que empuja a las personas a asumir retos y riesgos (<i>"cultura de riesgo"</i>) ⁽⁵⁶⁾. • Baja resistencia a la influencia de los pares ⁽⁴²⁾. • Búsqueda de experiencias novedosas (necesidad de experimentar, explorar y asumir desafíos) ⁽⁴²⁾. • Baja autoestima y problemas emocionales ⁽⁴²⁾. • Necesidad de sentirse perteneciente a un grupo ⁽⁴²⁾.
	Relacionados con el TDAH:	• Alta comorbilidad con otros trastornos como el Trastorno de la Conducta o el Trastorno Negacionista Desafiante (altamente relacionados con la realización de conductas de riesgo) ⁽⁷⁾. • Impulsividad emocional y dificultad para controlar las emociones ⁽⁷⁾. • Influencia de los pares (más susceptibles que los adolescentes sin TDAH) ⁽⁵⁷⁾. • No tratamiento del TDAH o el abandono de este ⁽⁵⁸⁾.

		Rechazo por parte de los pares (buscan ganar reputación y evitar este rechazo mediante conductas temerarias)⁽⁵⁷⁾.
	Relacionados con el contexto:	- Recursos económicos bajos (vivir en zonas con mayor índice de consumo de sustancias y violencia)⁽⁴²⁾. - Factores perinatales (depresión postparto, maternidad no deseada, bajo peso al nacer y prematuridad)⁽⁵⁹⁾. - Situaciones familiares complicadas o violencia familiar⁽⁴²⁾. - Exposición a la nicotina durante el embarazo⁽⁵⁹⁾. - Experiencias traumáticas-adversas durante la infancia⁽⁵⁹⁾. - Adicción a las drogas entre la familia⁽⁵⁹⁾. - Clima educativo bajo⁽⁴²⁾.
Factores protectores de las conductas de riesgo en adolescentes con TDAH		- Buen ambiente familiar⁽⁵⁵⁾. - Nivel educativo y habilidades cognitivas⁽⁵⁵⁾. - Intervención terapéutica por parte de los profesionales y la reducción de los riesgos⁽⁵⁵⁾. - Fortalecimiento de la resiliencia, control interno y autoestima⁽⁴²⁾. - Educación y concienciación por parte de las escuelas y equipos sanitarios⁽⁴²⁾. - Apoyo de la familia y amigos⁽⁴²⁾.

La influencia de los pares es un factor de riesgo importante entre los adolescentes, siendo aún más susceptibles los jóvenes con TDAH⁽⁵⁷⁾. Los pares desencadenan los sistemas cerebrales socioemocionales al activar regiones del cerebro relacionadas con la recompensa y, a su vez, la presencia de los pares aumenta el valor subjetivo de las recompensas inmediatas, por lo que se requiere más control cognitivo para controlar el comportamiento en presencia de iguales⁽⁵⁷⁾. El retraso en la maduración cortical y los déficits inhibitorios caracterizan al TDAH, lo que se traduce en un mayor desequilibrio entre los sistemas socioemocionales y los sistemas de control cognitivo, y, por ende, en una mayor susceptibilidad de los adolescentes con TDAH a la influencia de los pares⁽⁵⁷⁾.

Además de la influencia de los pares, el rechazo por parte de estos también aumenta el riesgo de conductas peligrosas⁽⁵⁷⁾. El TDAH se ha relacionado con comportamientos socialmente inadecuados, como la intromisión, violación de las reglas, agresividad verbal, interrupción y la distracción durante conversaciones, provocando esto el rechazo de sus compañeros y que los adolescentes con TDAH busquen ganar reputación y evitar el rechazo mediante conductas temerarias⁽⁵⁷⁾.

Otro factor para tener en cuenta es el no tratamiento del TDAH o el abandono del mismo por parte de los adolescentes y adultos con esta patología⁽⁵⁸⁾. Como se ha mencionado anteriormente, los síntomas de impulsividad e hiperactividad tienden a reducir con los años en muchos casos, provocando una falsa confianza y abandono del tratamiento, lo cual aumenta el riesgo de consecuencias como las conductas de riesgo⁽⁵⁸⁾.

4.4 CONSECUENCIAS DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO

La adquisición de conductas de riesgo por parte de los adolescentes con TDAH los enfrenta a diversos peligros que pueden perjudicar su salud y acarrear consecuencias para su futuro ⁽⁴²⁾. Por ejemplo, los jóvenes que realizan algún tipo de conducta considerada de riesgo son más propensos a llevar a cabo también otros comportamientos de este tipo, lo que les convierte en más vulnerables a relacionarse con gente que implique un riesgo potencial para su integridad ⁽⁴²⁾.

Las conductas de riesgo en adolescentes aumentan sus posibilidades de adquirir enfermedades crónicas y agudas, tanto transmisibles como no, y condicionan sus probabilidades de tener una inserción social adecuada ⁽⁴²⁾. Distintas afecciones pueden derivar de la realización de conductas de riesgo, como son las enfermedades de transmisión sexual, el suicidio, los accidentes de tráfico, la depresión, la sobredosis, entre muchas otras ⁽⁴²⁾.

Relacionado con las conductas sexuales de riesgo, los adolescentes y adultos con TDAH (contemplando también la posible existencia de un trastorno comórbido o uso de sustancias) tienen mayores tasas de embarazo no deseado y de historial de enfermedades de transmisión sexual ⁽⁵⁸⁾. Las prácticas sexuales de riesgo también están relacionadas con consecuencias emocionales, generalmente con la baja autoestima, además de las infecciones y embarazos adolescentes ⁽⁶⁰⁾. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la gonorrea, la sífilis, los herpes genitales o la clamidia son solo algunos ejemplos de enfermedades de transmisión sexual que se contagian a través del sexo vaginal, oral o anal, prácticas sexuales que cada vez se inician de manera más precoz entre los adolescentes y que destacan la importancia del uso de métodos de protección ⁽⁶⁰⁾. La infección por gonorrea puede dañar las articulaciones, el corazón o el funcionamiento del cerebro, además de aumentar el riesgo de contraer VIH (al igual que la sífilis, la clamidia o los herpes también lo aumentan) o provocar enfermedad inflamatoria pélvica, lo cual puede derivar en infertilidad, embarazos ectópicos o dolor pélvico ⁽⁶⁰⁾. El virus del papiloma humano (VPH) causa verrugas genitales, cambios en el cuello uterino y está asociado con más del 99% de los casos de cáncer de cérvix ⁽⁶⁰⁾.

El trastorno por uso de sustancias, la adicción a la nicotina, alcohol y otras drogas son también consecuencias derivadas de las conductas de riesgo en la adolescencia y que condicionan el futuro de los individuos, aumentando sus probabilidades de afecciones para la salud, como complicaciones cardiovasculares, hipertensión arterial o la aparición de otros diagnósticos psiquiátricos ⁽⁵⁸⁾. El TDAH por sí mismo supone en general un riesgo de trastornos por consumo de sustancias, al que se le suma también el riesgo de sus trastornos comórbidos como los trastornos disruptivos o de la conducta ⁽⁵⁸⁾. El abuso de sustancias afecta al desarrollo personal, complica las relaciones sociales, familiares y de pareja, provoca problemas de salud, propensión a la violencia y a la delincuencia ⁽⁶¹⁾.

Por otro lado, la conducción peligrosa acarrea consecuencias en los adolescentes y adultos con TDAH como pueden ser los accidentes de tráfico (junto a su posible mortalidad y daño a terceros), sus lesiones relacionadas y la suspensión del permiso de conducir ⁽⁵⁸⁾. Los conductores con TDAH son más propensos a las multas de tráfico por elevada velocidad, a las infracciones de tránsito y a las colisiones, debido a su dificultad para mantener la atención y su impulsividad ⁽⁶²⁾.

4.5 DETECCIÓN TEMPRANA DEL TDAH DESDE ENFERMERÍA

El papel de la enfermera en el manejo del paciente con TDAH es de gran importancia, siendo una figura que puede contribuir a la detección temprana de los síntomas, proporcionar educación tanto al paciente como a su familia, y participar en el plan de cuidados y tratamiento ⁽⁶³⁾. La detección temprana es primordial para poder comenzar lo antes posible con el tratamiento y evitar las complicaciones que pudieran aparecer, como el mal rendimiento escolar, dificultades en las relaciones sociales o, mismamente, las conductas de riesgo ⁽⁶⁴⁾.

La prevención secundaria es la detección precoz de la enfermedad, en sus primeras fases de desarrollo, y se pueden identificar distintos tipos de técnicas, como las pruebas de cribado (búsqueda de casos utilizando pruebas que tienen en cuenta la edad, género y los factores de riesgo), la autoexploración (acciones que realiza el individuo para detectar alguna afección en su persona), la evaluación en la consulta de pediatría y la observación directa de los niños ⁽⁶⁵⁾.

La observación directa del paciente es el método diagnóstico principal utilizado en los individuos con TDAH, por lo que la enfermera debe valorar síntomas que puedan indicar el trastorno y las funciones motoras del niño, ya que es la que va observando el desarrollo del paciente a través de las visitas del programa de Atención al Niño Sano de Atención Primaria ⁽⁶³⁾. El momento perfecto para el diagnóstico del TDAH es entre los 6-8 años durante las revisiones de enfermería, aunque, en caso de síntomas muy evidentes, se puede identificar a los 4 años ⁽⁶⁶⁾. En esta franja de edad es más sencillo identificar los signos a través de la observación del niño y ver cómo se desenvuelve, aunque desde enfermería es muy relevante el abordaje con el paciente adolescente, ya que muestran más interés en conversar con la enfermera ⁽⁶⁶⁾. Por otro lado, la enfermera escolar es una figura de gran relevancia en la detección temprana del TDAH, ya que su posición le permite la observación de los niños y su posterior seguimiento, aunque la realidad es que la mayoría de las escuelas no cuentan con una enfermera ⁽⁶⁷⁾.

La detección del posible diagnóstico suele darse por parte de las familias y la escuela, los cuales suelen notificar que el niño *“siempre está en movimiento”, “no permanece sentado y se sube por todas partes”, “se distrae fácilmente y no termina las tareas”, “es desorganizado y descuidado”,* etc. ⁽⁶⁷⁾. Todas estas manifestaciones clínicas se deben tener en cuenta que son involuntarias por parte del niño con TDAH ⁽⁶⁷⁾.

Por otro lado, las escalas de valoración son un instrumento muy utilizado en la evaluación y detección del TDAH, siendo la más conocida la Escala de Conners, la cual es muy útil para recopilar información por parte de padres y maestros ⁽⁶⁸⁾. Existen distintas versiones de esta escala (algunas extensas con propósito diagnóstico y otras abreviadas con fines de *screening*), pero la más actual es la Conners-4, publicada en 2022, y para su puntuación emplean una escala tipo Likert que va de Nunca (1) a Frecuentemente (4) ⁽⁶⁸⁾. Esta escala, al valorar información recogida tanto por padres como por profesores, es muy útil para la detección y diagnóstico del TDAH, ya que según el DSM-V para el diagnóstico de este trastorno se deben presentar alteraciones causadas por la sintomatología en dos o más contextos ⁽⁶⁸⁾.

4.6 EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU ENTORNO

La prevención terciaria son las acciones que se llevan a cabo una vez se ha establecido el diagnóstico, con la intención de disminuir o prevenir las consecuencias, en este caso, de la evolución del TDAH ⁽⁶⁵⁾. Entre este tipo de acciones encontramos el tratamiento farmacológico (comentado en apartados anteriores), la educación al paciente y a su familia, el manejo de la sintomatología y las terapias cognitivo-conductuales ⁽⁶⁵⁾. Las enfermeras pueden brindar apoyo, soporte emocional y psicológico a los pacientes con TDAH y su familia, además de ayudarles a implementar estrategias de adherencia al tratamiento e intentar prevenir complicaciones, como podría ser la adquisición de conductas de riesgo ⁽⁶³⁾.

Desde enfermería se pueden identificar las complicaciones y necesidades que puedan tener los pacientes con TDAH, para así poder realizar una prevención temprana, dar información y asesorar tanto a los padres como a la escuela o instituto, y ofrecer recursos a los pacientes para poder sobrellevar las complicaciones diarias que supone el trastorno ⁽⁶³⁾. Dentro del equipo multidisciplinar, enfermería debe aumentar el compromiso de la familia con el tratamiento farmacológico y conductual, además de brindar una intervención educativa a los padres y al propio paciente sobre el TDAH ⁽⁶⁷⁾. A parte de formar a las familias, no se puede obviar la importancia de los profesores en el abordaje del problema, por lo que también puede ser necesario que enfermería contacte con la institución educativa para asesorar y recibir información relevante sobre el comportamiento del niño/adolescente ⁽⁶⁷⁾.

Es necesario que el paciente comprenda qué es lo que le ocurre, qué dificultades tiene y la ayuda que le podemos ofrecer ⁽⁶⁴⁾. La educación a los padres está enfocada a que entiendan qué le pasa a su hijo, ya que en muchos casos se desesperan al no entenderlo, y a darles pautas de cómo pueden ayudarle ⁽⁶⁴⁾. Es importante brindar información a los padres sobre qué es el TDAH, enseñarles a cómo responder ante conductas del niño inapropiadas y apropiadas, y a manejar y prevenir problemas de conducta ⁽³³⁾. Por otro lado, algunas de las recomendaciones que se les puede ofrecer a las escuelas y profesores son poner al niño/adolescente cerca del profesor en primera fila y rodeado de compañeros tranquilos, hacerle participar activamente, realizar los ejercicios de uno en uno, recordarle el horario y la planificación, y evitar reñirle delante de toda la clase cuando hagan algo mal para evitar disminuir su autoestima ⁽⁶⁴⁾.

Cuanto antes se comience a intervenir y educar al paciente y su familia, mayor será la eficacia de la función enfermera ⁽⁶⁶⁾. Las funciones de enfermería son las siguientes ⁽⁶⁶⁾:

- Establecer una relación de confianza con el paciente, escucharle activamente y no hacerle sentir presionado, además de ayudarle a potenciar sus puntos fuertes y recursos para sobrellevar su vida diaria.
- Tener disponibilidad para atender al paciente, familias y profesores.
- Apoyar a los padres, hablar sobre cómo se sienten al respecto y fortalecerles para poder brindar la ayuda que su hijo necesita.
- Facilitar la comunicación entre familias con hijos con TDAH para apoyarse mutuamente, además de facilitar también la comunicación entre los propios miembros de la familia. Las asociaciones y talleres son recursos muy útiles que pueden aportar una ayuda adicional a las familias, por lo que es importante proporcionar información respecto a las diferentes opciones ⁽⁶⁷⁾.

- Informar y concienciar sobre el TDAH en las escuelas e institutos.
- Observar las relaciones y comportamientos del individuo con su entorno y compañeros.
- Comentar con el resto de los profesionales del equipo multimodal para compartir los diferentes puntos de vista.

Centrándonos ahora en el paciente adolescente, la adolescencia es una etapa en la cual los problemas vinculados al TDAH pueden resultar más complicados, ya que la ayuda por parte de terceros disminuye, a la vez que las demandas externas aumentan (demandas académicas, sociales, laborales, etc.)⁽³⁶⁾. Esta población tiene altas tasas de discontinuidad de tratamiento, la adherencia al tratamiento farmacológico disminuye según aumenta la edad, hecho que no se explica por una remisión de los síntomas en esta franja de edad⁽³⁶⁾. Estas dificultades en la adherencia al tratamiento se cree que se deben a varios factores como son el menor control parental (aumento de la autonomía del paciente), la transición entre los servicios sanitarios pediátricos a adultos, falta de motivación y minimización de la sintomatología⁽³⁶⁾.

La psicoeducación para padres basada en información sobre el TDAH y manejo conductual del adolescente ayuda a reducir los conflictos padre-hijo y los problemas de conducta, además de reducir el sentimiento de culpabilidad por parte de los progenitores y aumentar la autoconfianza⁽³⁶⁾. Además del abordaje educativo, los adolescentes que reciben tratamiento combinado (psicoeducación y tratamiento farmacológico) presentan mayor reducción y menor severidad de la sintomatología del TDAH⁽³⁶⁾.

5. REFLEXIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en la infancia con una prevalencia global del 5%, caracterizado, entre otras cosas, por la presencia de sus síntomas principales, los cuales son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. A pesar de haber sido siempre un trastorno estrechamente relacionado con la infancia, actualmente se sabe que no es un trastorno exclusivo de la etapa infantil, persistiendo sus manifestaciones y sintomatología en un gran porcentaje de los pacientes durante su adolescencia y adultez, teniendo esto un importante impacto en sus vidas a nivel funcional, social y emocional.

La etiología de este trastorno es muy compleja además de multifactorial, influyendo en su aparición factores genéticos, neurobiológicos, ambientales y alteraciones de los neurotransmisores. Otro hecho que remarca la gran complejidad de este trastorno es la habitual presencia de comorbilidades que presenta, como el Trastorno Negativista Desafiante (TND), el Trastorno de la Conducta (TC), trastornos por consumo de sustancias, trastornos ansioso-depresivos o problemas del aprendizaje, todos ellos empeorando su pronóstico y facilitando la adquisición de conductas de riesgo y desadaptativas.

Por otro lado, la adolescencia es una etapa de gran vulnerabilidad por su propia naturaleza, la cual conlleva gran variedad de cambios físicos, sociales y psicológicos, aumentando las demandas externas y disminuyendo la ayuda por parte de terceros, y apareciendo una mayor propensión a asumir riesgos. Partiendo de esta base, la presencia de TDAH supone un reto adicional, afectando a diversas esferas de la vida del adolescente, como la convivencia familiar,

las amistades y vida social, las relaciones de pareja y una repercusión negativa en el ámbito académico muy frecuente. Todos estos factores contribuyen a la existencia de un riesgo mayor de adquisición de conductas de riesgo, siendo las más habituales el consumo de sustancias, las conductas sexuales de riesgo, los actos delictivos y los comportamientos violentos.

Aunque la presencia de TDAH durante la adolescencia no suponga la aparición de conductas de riesgo, se ha observado una asociación entre ellas, no surgiendo dichos comportamientos aleatoriamente, sino estando influenciados por varios factores de riesgo. Algunos de estos factores están relacionados con la propia adolescencia, directamente con el TDAH o con el contexto, como pueden ser la baja autoestima, la influencia de los pares, la impulsividad, las comorbilidades, las experiencias traumáticas o los entornos disfuncionales. Por otra parte, existen también factores protectores como son el apoyo familiar, la educación sanitaria y las intervenciones terapéuticas individualizadas a cada paciente.

El tratamiento con mejores resultados en adolescentes con TDAH es el abordaje integral y combinado, incluyendo tratamiento farmacológico, terapias conductuales, educación al paciente y a sus progenitores, y la participación por parte de las instituciones educativas. El control de los síntomas principales no debe ser el único objetivo del tratamiento, sino también la prevención de riesgos asociados al trastorno y en la adquisición de habilidades que faciliten la adaptación social y el bienestar emocional del adolescente.

Teniendo en cuenta estas premisas, la intervención enfermera resulta de gran importancia y debe ser desarrollada y reforzada, ya que los profesionales de enfermería son una pieza clave en la detección precoz del TDAH, en la educación sanitaria al paciente y sus allegados, en la promoción de la salud, en la planificación de cuidados y seguimiento, además del reforzamiento de la adherencia al tratamiento. La figura de la enfermera, con su presencia continuada y cercana a lo largo del desarrollo y la vida del niño, permite establecer relaciones terapéuticas y de confianza, favoreciendo un abordaje preventivo y eficaz, especialmente necesario en un periodo tan vulnerable como la adolescencia.

Para finalizar, se observa una gran necesidad de investigación científica enfocada en el tratamiento y abordaje del TDAH en adolescentes, debido a que en la actualidad la mayoría de los estudios e intervenciones siguen aún dirigidos principalmente a la población infantil. El fomento de la investigación científica centrada en la etapa adolescente facilitaría optimizar los recursos terapéuticos ofrecidos, además de mejorar el pronóstico del trastorno, disminuyendo las consecuencias negativas de las conductas de riesgo y contribuyendo al bienestar emocional, funcional y estado de salud de los pacientes.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez-Badía J, Martínez-Raga J. Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World Journal of Psychiatry* [Internet]. 2015 [cited 2025 Feb 20];5(4):379. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4694551/>
2. Polanczyk G, Silva de Lima M, Lessa Horta B, Biederman J, Augusto Rohde L. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American journal of psychiatry* [Internet]. 2007 Jun [cited 2024 Dec 25];164(6):942–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17541055/>
3. Lara C, Fayyad J, de Graaf R, Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M, et al. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological psychiatry* [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2024 Dec 25];65(1):46–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19006789/>
4. González Collantes R, Rodríguez-Sacristán Cascajo A, Sánchez García J. Epidemiología del TDAH. *Revista Española de Pediatría* [Internet]. 2015 Mar [cited 2024 Dec 23];71:58–61. Available from: <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatrica/2015/REP%2071-2.pdf>
5. Eliana Rodillo B. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2015 [cited 2024 Dec 21];26(1):52–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000097>
6. Sánchez Guerrero Ó. Riesgos sociales y abuso de sustancias. In: *Trastorno por déficit de atención a lo largo de la vida* [Internet]. México DF: Editorial Alfil; 2012 [cited 2024 Dec 30]. p. 127–31. Available from: <https://elibro.net/es/ereader/unican/40794>
7. Alpízar-Velázquez A, Alpízar-Velázquez A. Desregulación emocional en población con TDAH; una aproximación teórica. *Revista Costarricense de Psicología* [Internet]. 2019 Jun 28 [cited 2025 Feb 12];38(1):17–36. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-29132019000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=es
8. Sarver DE, McCart MR, Sheidow AJ, Letourneau EJ. ADHD and risky sexual behavior in adolescents: Conduct problems and substance use as mediators of risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [Internet]. 2014 Dec 1 [cited 2025 Jan 2];55(12):1345–53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpp.12249>
9. Alarcón JS, Alanís BT, Ramírez ER. El TDAH asociado a conductas delictivas en adolescentes latinoamericanos y españoles: revisión del estado del arte: El TDAH y delincuencia en adolescentes. *Neuropsicología Latinoamericana* [Internet]. 2023 Apr 30 [cited 2025 Jan 2];15(1):45–55. Available from: https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/785
10. Harty SC, Miller CJ, Newcorn JH, Halperin JM. Adolescents with childhood ADHD and comorbid disruptive behavior disorders: Aggression, anger, and hostility. *Child Psychiatry and Human Development* [Internet]. 2009 Mar 3 [cited 2025 Jan 26];40(1):85–97. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10578-008-0110-0>
11. Pérez Mora ÁP, Perales Martínez P, Allué Tamargo L, Aznar Heras M, Simón Marques GB, Alcalde Martínez B. Plan de cuidados de enfermería en paciente pediátrico con diagnóstico

- de TDAH [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 9]. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-pediatrico-con-diagnostico-de-tdah/>
12. Quintero J, Castaño de la Mota C. Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral* [Internet]. 2014 Nov [cited 2024 Dec 23];XVIII:600–8. Available from: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf#page=12>
 13. Vazquez-Justo E, Piñón Blanco A. TDAH y trastornos asociados. *Lex Localis* [Internet]. 2017 Nov [cited 2024 Dec 23];1–7. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Adolfo-Pinon-Blanco/publication/321490376_TDAH_y_Trastornos_asociados/links/5a2e6205a6fdccfbfb89bd64/TDAH-y-Trastornos-asociados.pdf#page=11
 14. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Publishing [Internet]. 2013 [cited 2024 Dec 21];33–8. Available from: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
 15. Hidalgo Vicario MI, Sánchez Santos L. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Pediatría Integral* [Internet]. 2014 Nov [cited 2024 Dec 23];XVIII:609–23. Available from: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf#page=12>
 16. American Psychiatric Association. DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [Internet]. Instituto Municipal de Investigación Médica Departamento de Informática Médica Barcelona; 1995 [cited 2024 Dec 23]. 82–90. Available from: https://www.terapia-cognitiva.mx/pdf_files/RECURSOS/psicopatologia-psicodiagnostico/dsm_iv.pdf
 17. Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of Adhd in School-Age Children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* [Internet]. 2000 Jul 1 [cited 2024 Dec 23];9(3):541–55. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1056499318301068>
 18. Rodríguez Molinero L, López Villalobos JA, Garrido Redondo M, Sacristán Martín AM, Martínez Rivera MT, Ruiz Sanz F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2009 [cited 2024 Dec 25];11(42):251–70. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 19. Dulcan M, Dunne JE, Ayres W, Arnold V, Benson RS, Bernet W, et al. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* [Internet]. 1997 [cited 2024 Dec 25];36(10 Suppl):85S-121S. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9334567/>
 20. Feria Aranda M. ¿Qué son las comorbilidades? In: Aldrete J, editor. *Trastorno por déficit de atención a lo largo de la vida* [Internet]. Editorial Alfil; 2012 [cited 2024 Dec 26]. p. 53–55. Available from: <https://elibro-net.unican.idm.oclc.org/es/ereader/unican/40794>

21. Martínez N, Albaladejo Gutiérrez E, Espín Jaime J, Güerre Lobera MJ, Sánchez García J, Jiménez JL. Etiología y patogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Revista Española de Pediatría [Internet]. 2015 [cited 2024 Dec 26];62–8. Available from: <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatrica/2015/REP%2071-2.pdf>
22. Gastaminza XA. La etiología del TDAH. Arch Dis Child [Internet]. 2012 [cited 2024 Dec 26];97:260–5. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Xavier-Gastaminza/publication/234129189_Etiologia_del_TDAH/links/0912f50f6ec1f0836000000/O/Etiologia-del-TDAH.pdf
23. López-Martín S, Albert J, Calleja Pérez B, Fernández-Mayoralas DM, Fernández Perrone AL, Jiménez de Domingo A, et al. Genética del TDAH en la práctica clínica. Medicina (Buenos Aires) [Internet]. 2024 May [cited 2024 Dec 26];84. Available from: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802024000200026&script=sci_arttext
24. Barragón Pérez E. Etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. In: Aldrete Velasco J, editor. Trastorno por déficit de atención a lo largo de la vida [Internet]. México DF: Editorial Alfil; 2012 [cited 2024 Dec 26]. p. 7–11. Available from: <https://elibro-net.unican.idm.oclc.org/es/ereader/unican/40794>
25. Yunta JAM, Baduell MP, Salvadó BS, Santasusana AV. Neurobiología del TDAH. Acta Neurológica Colombiana [Internet]. 2006 Apr 20 [cited 2024 Dec 26];22(2):184–9. Available from: <https://actaneurolologica.com/index.php/anc/article/view/1699>
26. Fuster Nácher E, Pardo Corral M. Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Revisiones en Farmacoterapia [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 25];19(3):178. Available from: <https://www.socesfar.es/wp-content/uploads/2022/01/AFTV19N3-06B-Revisiones-en-farmacoterapia.pdf>
27. García Ron A, Blasco-Fontecilla H, Huete Hernani B, Sabaté Chueca J. Tratamiento farmacológico estimulante del TDAH. Revista Española de Pediatría Clínica e Investigación [Internet]. 2015 Mar [cited 2025 Feb 25];71(2):75–81. Available from: <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatrica/2015/REP%2071-2.pdf#page=23>
28. Pérez MA, Molina D, Gómez M. Tratamiento Interdisciplinar para el TDAH [Internet]. 2016 [cited 2025 Feb 25]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/David-Molina-3/publication/311574474_La_Intervencion_Neuropsicologica_en_el_Tratamiento_Interdisciplinar_para_el_TDAH/links/584e237308aecb6bd8c9bdf5/La-Intervencion-Neuropsicologica-en-el-Tratamiento-Interdisciplinar-para-el-TDAH.pdf
29. Quintanilla Calvi JP, Escobar Cornejo SG. Metilfenidato: Propiedades, aplicación y controversias. Revista Psicología Universidad Católica San Pablo [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 25];12(1):189–203. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8767642>
30. Daniel-Vasile PR. LISDEXAMFETAMINE DIMESYLATE. Revista sanitaria de investigación [Internet]. 2024 Jan 1 [cited 2025 Mar 17];V(01). Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/dimesilato-de-lisdexanfetamina/>
31. Amado Puentes A, Gómez Guerrero L, Muñoz Ruiz A. Tratamiento farmacológico no estimulante en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Revista Española de Pediatría Clínica e Investigación [Internet]. 2015 [cited 2025 Mar 17];71(2):82–9.

- Available from: <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatrica/2015/REP%2071-2.pdf#page=30>
32. Luna NIS, Vines ZMM, Guzmán EVS. Terapia cognitivo conductual (TCC) en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. RECIMUNDO [Internet]. 2020 Nov 6 [cited 2025 Mar 24];4(4):173–87. Available from: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/937>
 33. Antonio López-Villalobos J, Victoria M, Andres-De M. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Revisión del tratamiento psicológico. Reidocrea [Internet]. 2019 [cited 2025 Apr 2];8(9):95–105. Available from: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/54737/8-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 34. Ramírez Pérez M. Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes [Internet]. 2015 Jan [cited 2025 Mar 24];2(1):45–54. Available from: https://www.revistapcna.com/sites/default/files/14-14_0.pdf
 35. Guzmán Pacheco JF, Jiménez Blanco KD, Rueda Gómez YM, Prada-Rodríguez EA. El TDAH en Niños y las Técnicas de Intervención en la Terapia Cognitivo Conductual: Revisión Documental entre 2014 y 2021. Universidad de Investigación y Desarrollo – Bucaramanga, Colombia [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 24];49(181):103–14. Available from: <https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/23457/7752-Texto%20del%20art%20c3%adculo-26665-1-10-20240219.pdf?sequence=2>
 36. Vidal Estrada R. Tratamiento psicológico cognitivo-conductual en adolescentes y adultos con TDAH [Internet]. [Barcelona]; 2015 [cited 2025 Mar 25]. Available from: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/310605/rve1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 37. Steinberg L. Risk Taking in Adolescence: What Changes, and Why? Annals of the New York Academy of Sciences [Internet]. 2004 Jun 1 [cited 2024 Dec 27];1021(1):51–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1196/annals.1308.005>
 38. Hernández Hernández M. ¿Cómo son los adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad? In: Aldrete Velasco J, editor. Trastorno por déficit de atención a lo largo de la vida [Internet]. México DF: Editorial Alfil; 2012 [cited 2024 Dec 27]. p. 31–40. Available from: <https://elibro.net/es/ereader/unican/40794>
 39. Humberto J, Ibarra A, Yajaira E, Checa V, Cabanillas ZL. El TDAH en el Adolescente. Revista Ra Ximhai [Internet]. 2013 Dec 31 [cited 2024 Dec 27];9(4 Especial):67–76. Available from: <https://raximhai.uaem.mx/index.php/rx/article/view/809>
 40. Quintero-Olivas C, Karely D, Romero Pérez ;, Monserrat; Hernández-Murúa E, Aldo J. Calidad de vida familiar y TDAH infantil. Perspectiva multidisciplinar desde la educación física y el trabajo social. Revista Ciencias de la Actividad Física [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 27];22(1):1–17. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/5256/525668218005/525668218005.pdf>
 41. Rosabal García E, Nancy Romero Muñoz D, Keyla Gaquín Ramírez D, Hernández Mérida RA. Conductas de riesgo en los adolescentes. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2015 [cited 2024 Dec 30];44(2):218–29. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

42. Salas FG. Caracterización de factores implicados en las conductas de riesgo en adolescentes. Revista ABRA [Internet]. 2018 Apr 4 [cited 2024 Dec 30];38(56):1–16. Available from: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/abra/article/view/10497>
43. Rodríguez Hernández PJ, Álvarez Polo M, Hernández Sicilia M. La salud mental y los trastornos de conducta en la adolescencia. Anales de Pediatría Continuada [Internet]. 2014 Mar 1 [cited 2024 Dec 30];12(2):95–101. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-la-salud-mental-trastornos-conducta-S1696281814701763>
44. Méndez-Díaz M, Rangel DAR, Ramírez YAA, Mendoza-Méndez A, Herrera-Solís AM, Morelos JC, et al. Función de la impulsividad en el trastorno por consumo de sustancias. Psychologia Avances de la Disciplina [Internet]. 2021 Dec 14 [cited 2024 Dec 30];15(1):83–93. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862021000100083&lng=en&nrm=iso&tlng=es
45. Isorna Folgar M, Liñares Mariñas D, Golpe Ferreiro S, Gómez Salgado P, Rial Boubeta A. Evaluación del Consumo de Drogas en Adolescentes con y sin TDAH. Nuevas Evidencias y Recomendaciones. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 30];3:41–54. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/4596/459669143005/html/>
46. Maciá Valero M. “Más allá del sistema educativo: hablemos de sexo”: Educación sexual en personas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. 2021 [cited 2025 Jan 2]; Available from: <http://dspace.umh.es/handle/11000/8190>
47. Huggins SP, Rooney ME, Chronis-Tuscano A. Risky Sexual Behavior Among College Students With ADHD. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054712459560> [Internet]. 2012 Oct 9 [cited 2025 Jan 2];19(3):240–50. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1087054712459560>
48. Barkley Russell A. Major Life Activity and Health Outcomes Associated With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Clinical Psychiatry [Internet]. 2002 [cited 2025 Jan 2];10–5. Available from: https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/14847_major-life-activity-health-outcomes-associated-attention.pdf
49. Salazar Alarcón J. TDAH y funciones ejecutivas relacionadas al riesgo delictivo en adolescentes durante la pandemia de COVID-19 [Internet]. El autor; 2023 [cited 2025 Jan 16]. Available from: <http://riaa.uaem.mx/xmlui/handle/20.500.12055/4329>
50. Siria Mendaza S. Jóvenes ofensores sexuales: un estudio criminológico descriptivo y comparativo [Internet]. Universidad del País Vasco - Euskal Herriko Unibertsitatea; 2019 [cited 2025 Jan 2]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=257083&info=resumen&idioma=SPA>
51. Ribas-Siñol M, Prado-Sanchez N del, Claramunt-Mendoza J, Civit-Ramirez M, Canalias-Perez O, Ochoa S. Troubled adolescents: substance abuse and mental disorder in young offenders. Actas Españolas de Psiquiatría [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2025 Jan 2];43(6):197–204. Available from: <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/629>
52. Savolainen J, Hurtig TM, Ebeling HE, Moilanen IK, Hughes LA, Taanila AM. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and criminal behaviour: the role of adolescent marginalization. 2010 Oct 21 [cited 2025 Jan 2];7(6):442–59. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1477370810376568>

53. Puiu AA, Wudarczyk O, Goerlich KS, Votinov M, Herpertz-Dahlmann B, Turetsky B, et al. Impulsive aggression and response inhibition in attention-deficit/hyperactivity disorder and disruptive behavioral disorders: Findings from a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2025 Jan 26];90:231–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29689282/>
54. Saylor KE, Amann BH. Impulsive Aggression as a Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *https://home.liebertpub.com/cap* [Internet]. 2016 Feb 16 [cited 2025 Jan 26];26(1):19–25. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/cap.2015.0126>
55. Villanueva-Bonilla C, Ríos- Gallardo ÁM. Factores protectores y de riesgo del trastorno de conducta y del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* [Internet]. 2018 [cited 2025 Jan 27];23:59–74. Available from: <https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/04/19582-44761-1-PB.pdf>
56. Solum Donas Burak. Protección, riesgo y vulnerabilidad: Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes. In: *Adolescencia y Juventus en América Latina* [Internet]. Costa Rica, Cartago; 2001 [cited 2025 Feb 11]. p. 489–99. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf>
57. Dekkers TJ, Popma A, Sonuga-Barke EJS, Oldenhof H, Bexkens A, Jansen BRJ, et al. Risk Taking by Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a Behavioral and Psychophysiological Investigation of Peer Influence. *Journal of Abnormal Child Psychology* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2025 Feb 11];48(9):1129–41. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10802-020-00666-z>
58. Nigg J. Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clinical Psychology Review* [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2025 Feb 16];33(2):215–28. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735812001705?via=ihub>
59. Bozzini AB, Bauer A, Maruyama J, Simões R, Matijasevich A. Factors associated with risk behaviors in adolescence: a systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2020 Aug 3 [cited 2025 Feb 16];43(2):210–21. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/GGKbRzTqHX87Sbqkhzhsc?format=html&la>
60. Malhotra S. Consequences of the Sexual Revolution: STIs and HIV Impact of the Sexual Revolution: Consequences of Risky Sexual Behaviors. *Journal of American Physicians and Surgeons* [Internet]. 2008 [cited 2025 Feb 17];13:88. Available from: <https://jpands.org/vol13no3/malhotra.pdf>
61. Ortega Beltrán YP, Fernando Hernández A, Alexandra Arévalo A, Díaz Martínez AM, Torres Bermúdez Z. Causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes con ambientes de vulnerabilidad familiar y contextos sociales conflictivos [Internet]. 2015 [cited 2025 Feb 17]. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/344730111.pdf>
62. McManus B, Kana R, Rajpari I, Holm HB, Stavrinou D. Risky driving behavior among individuals with Autism, ADHD, and typically developing persons. *Accident Analysis & Prevention* [Internet]. 2024 Feb 1 [cited 2025 Feb 17];195. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001457523004141>

63. Villarroya Garcés C, Domingo Milian R, Gargallo Carceller L, Gimeno Ponz M, Andreu Train L, Samper Callao A. TDAH en la infancia: Causas e implicación enfermera. *Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2024 Apr 25 [cited 2025 Mar 18]; Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tdah-en-la-infancia-causas-e-implicacion-enfermera/>
64. Llovet Romero LE, Ariza Riera T, Martínez Uceda JL. El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad desde el papel de enfermería. In: SCINFOPER, editor. *Perspectivas psicológica y educativa de las Necesidades Educativas Especiales* [Internet]. 2017 [cited 2025 Mar 19]. p. 11–7. Available from: <https://formacionasunivep.com/files/publicaciones/LIBRO%20perspectivas-psicologicas.pdf#page=12>
65. Quintero J, Martín M, Alcindor P, Pérez-Templado J. Prevención en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Rev Neurología* [Internet]. 2016 [cited 2025 Mar 20];62. Available from: https://www.psykids.es/wp-content/uploads/2016/01/Prevencion-en-el-trastorno-por-deficit-de-atencion_REV-NEUROLOGIA.pdf
66. Gutiérrez Rodríguez L, Hernández Ballesteros R, Gómez González AJ. El papel de enfermería en la atención al niño con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Revisión de la literatura. In: *Variables Psicológicas y Educativas para la intervención en el ámbito escolar: Volumen II*, 2016, ISBN 978-84-617-5569-1, págs 185-190 [Internet]. Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP); 2016 [cited 2025 Mar 20]. p. 185–90. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5859982>
67. Vigier Castrillo CM. Rol de enfermería en la atención de la población infantil diagnosticada de TDAH [Internet]. 2018 [cited 2025 Mar 19]. Available from: <https://academica-e.unavarra.es/server/api/core/bitstreams/7c483171-c9a4-45ed-997a-0bf861d87106/content>
68. Ancapichún A, Sánchez S, Cáceres-Serrano P, Ancapichún A, Sánchez S, Cáceres-Serrano P. Propiedades Psicométricas de la Escala Conners-3 (SR-S) en Estudiantes Chilenos. *Terapia psicológica* [Internet]. 2024 Apr 1 [cited 2025 Apr 1];42(1):1–22. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082024000100103&lng=es&nrm=iso&tlng=es

7. ANEXOS

ANEXO 1 Criterios diagnósticos de TDAH según el DSM-5

A1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:	a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión). b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada). c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente). d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad). e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos). f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos). g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil). h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados). i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).
A2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades	a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento. b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar). c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)

sociales y académicas/laborales:	d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas. e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos). f. Con frecuencia habla excesivamente. g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación). h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola). i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).
B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.	
C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).	
D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de estos.	
E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).	

14. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Publishing.

ANEXO 2 Prevalencia del TDAH.

Metaanálisis de 102 estudios: 171.756 personas.		
Tasas de prevalencia	Mundial	5,29%
	EEUU	9%
	Europa	5%
	España	5%
Máxima prevalencia	6-9 años	
	Niños	5-8%
	Adolescentes	2,5-4%
Ratio V/H	4-1/2-1	

2. Polanczyk G, Silva de Lima M, Lessa Horta B, Biederman J, Augusto Rohde L. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. The American journal of psychiatry.

ANEXO 3 Comorbilidad del TDAH

Trastorno de Negativismo Desafiante	54-84%
Problemas de aprendizaje	25-35%
Trastornos de Ansiedad y del Ánimo	33%
Manía	16%
Trastorno Bipolar	60-70% de los pacientes con TB tienen antecedentes de TDAH
Enuresis	Un 15-30% de los niños enuréticos tienen TDAH
Problemas de coordinación mano-ojo	Hasta un 50% de los escolares con TDAH

20. Fera Aranda M. ¿Qué son las comorbilidades? In: Aldrete J, editor. Trastorno por déficit de atención a lo largo de la vida. Editorial Alfíl; 2012.

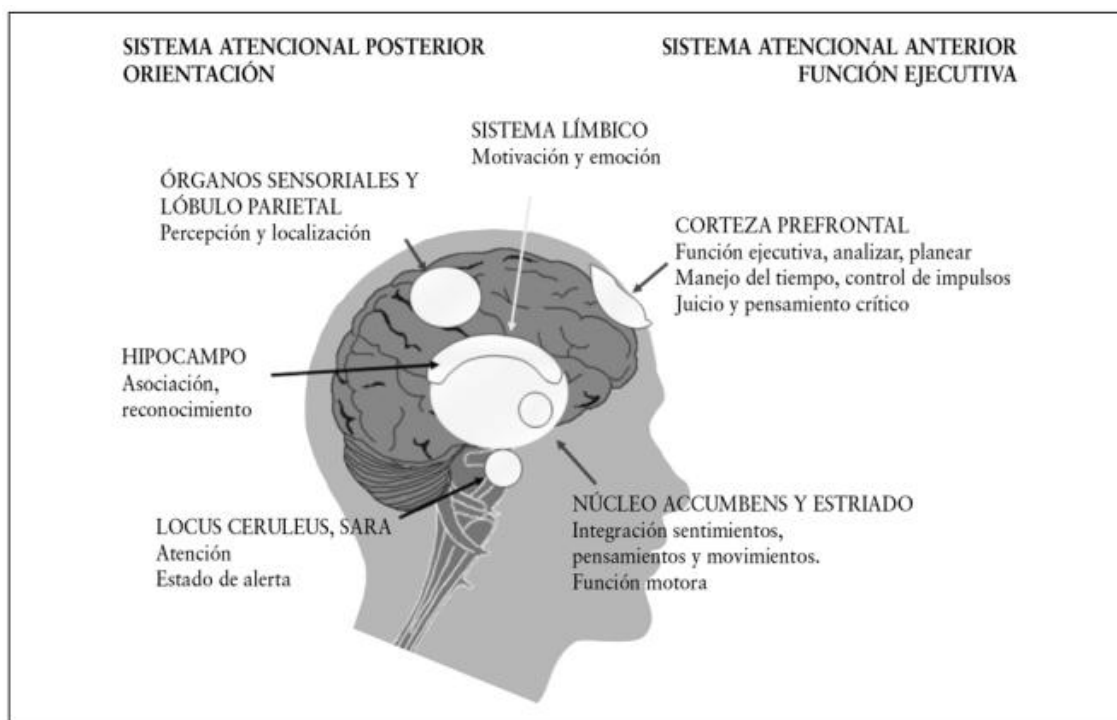
ANEXO 4 Factores ambientales de riesgo

Factores de riesgo prenatal vinculados con la maternidad:	- Alcohol/Tabaco/Tóxicos en el embarazo. - Estrés materno durante el embarazo. - Salud de la madre durante el embarazo (obesidad).
Complicaciones del embarazo/parto:	- Hemorragias durante el embarazo. - Parto complicado/prolongado. - Retraso en el crecimiento intrauterino, prematuridad o bajo peso al nacer. - Índice de Apgar bajo.
Factores externos:	- Infecciones. - Exposición a contaminantes orgánicos (plomo, pesticidas, bifenilos policlorados). - Factores nutricionales (azúcar, aditivos, colorantes artificiales, zinc, hierro, magnesio, omega-3). - Factores psicosociales negativos: nivel educativo parental bajo, pobreza, clase social baja, maternidad

negativa, maltrato, familia conflictiva, trastornos mentales en los progenitores.

22. Gastaminza XA. La etiología del TDAH. Arch Dis Child. 2012;97:260–5.

ANEXO 5 Sistema atencional cerebral



21. Martínez N, Albaladejo Gutiérrez E, Espín Jaime J, Güerre Lobera MJ, Sánchez García J, Jiménez JL. Etiología y patogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Revista Española de Pediatría.

ANEXO 6 Hábitos de consumo de sustancias psicoactivas

		Con TDAH (%)	Sin TDAH (%)	X ² (Chi cuadrado)
Has bebido alcohol	Último año	58,1	48,4	7,388
	Último mes	36	26,5	9,070
Emborracharse	Último año	28,8	27,4	0,145
	Último mes	16,7	12,2	3,340
Has tomado 3 consumiciones en un mismo día	Último año	35,6	31,3	1,572
	Último mes	22,5	16	5,994
Has tomado 6 consumiciones en un mismo día	Último año	22,1	16,4	4,420
	Último mes	12,6	7	8,860
Has fumado tabaco	Último año	38,7	25,4	18,213
	Último mes	24,3	15,9	10,040
	Último año	22,1	15,3	6,600

Has consumido marihuana o hachís	Último mes	12,2	8,3	3,540
Has consumido cocaína	Último año	1,8	1,4	0,046
	Último mes	0,5	0,6	0,001
Has consumido éxtasis, anfetaminas o alucinógenos	Último año	0,5	1,9	7,840
	Último mes	0,9	0,6	0,004

45. Isorna Folgar M, Liñares Mariñas D, Golpe Ferreiro S, Gómez Salgado P, Rial Boubeta A. Evaluación del Consumo de Drogas en Adolescentes con y sin TDAH. Nuevas Evidencias y Recomendaciones. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación. 2021

ANEXO 7 Hábitos de consumo de sustancias psicoactivas segmentado por géneros

		Hombres			Mujeres		
		Con TDAH (%)	Sin TDAH (%)	X ² (Chi cuadrado)	Con TDAH (%)	Sin TDAH (%)	X ² (Chi cuadrado)
Has bebido alcohol	Último año	53	46,6	2,007	70	50,1	9,805
	Último mes	27,5	26,3	0,045	55,7	26,7	27,054
Emborracharse	Último año	20,8	26	1,658	47,1	28,7	10,101
	Último mes	11,4	11,6	0,001	28,6	12,7	13,199
3 consumiciones en un mismo día	Último año	27,5	30,8	0,525	52,9	31,7	12,689
	Último mes	16,1	16,2	0,001	37,1	15,7	20,820
6 consumiciones en un mismo día	Último año	17,4	17,5	0,001	32,9	15,2	14,255
	Último mes	10,1	7,7	0,709	18,6	6,2	14,306
Has fumado tabaco	Último año	32,2	22,6	6,426	54,3	28	21,197
	Último mes	18,1	14,2	1,381	38,6	17,4	18,699
Has consumido marihuana o hachís	Último año	19,5	16,8	0,518	28,6	13,9	10,401
	Último mes	10,7	10,2	0,005	15,7	6,4	7,707
Has consumido cocaína	Último año	2	1,7	0,001	1,4	1,1	0,001
	Último mes	0,7	0,9	0,001	0	0,4	0,001
Has consumido éxtasis, anfetaminas o alucinógenos	Último año	6	2,6	4,308	2,9	1,2	0,504
	Último mes	1,3	0,7	0,087	0	0,4	0,001

45. Isorna Folgar M, Liñares Mariñas D, Golpe Ferreiro S, Gómez Salgado P, Rial Boubeta A. Evaluación del Consumo de Drogas en Adolescentes con y sin TDAH. Nuevas Evidencias y Recomendaciones. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación [Internet]. 2021

ANEXO 8 Edad de inicio sustancias psicoactivas segmentado por género

		Con TDAH	Sin TDAH	t de student
Alcohol	Hombres	13,43	13,61	0,773
	Mujeres	13,77	13,94	0,758
Tabaco	Hombres	12,76	13,75	2,813
	Mujeres	14,20	14,09	-0,403
Cannabis	Hombres	14,44	14,74	1,224

	Mujeres	14,48	15,07	2,814
Cocaína	Hombres	16,5	15,81	-0,696
	Mujeres	14	15,63	1,950

45. Isorna Folgar M, Liñares Mariñas D, Golpe Ferreiro S, Gómez Salgado P, Rial Boubeta A. Evaluación del Consumo de Drogas en Adolescentes con y sin TDAH. Nuevas Evidencias y Recomendaciones. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación. 2021