

IX Curso de actualización

Psiquiatría

2025



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: abordaje para el médico general

Jorge Guillermo Soto

Psiquiatra pediátrico, Profesor,
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.



Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo de alta prevalencia en la infancia, con persistencia significativa en la edad adulta. Su etiología es multifactorial, con fuerte contribución genética y correlatos ambientales no causales. El TDAH se caracteriza por inatención, hiperactividad e impulsividad en grado suficiente para producir deterioro funcional significativo en múltiples contextos.

Epidemiología

La prevalencia global del TDAH en niños en edad escolar es cercana al 5 %, con proporciones hombre: mujer de aproximadamente 2,4:1, que disminuyen con la edad. La mayoría de los casos persiste en la adultez con síntomas subumbrales o clínicamente relevantes. La detección suele ser más tardía en niñas, especialmente en el subtipo inatento. En adultos jóvenes, la prevalencia estimada es de 2,5 %, descendiendo al 1 % en la edad media.

Fisiopatología

El TDAH tiene una base genética heredable en aproximadamente un 80 %. Los estudios moleculares demuestran una contribución poligénica, con implicación de vías dopaminérgicas y noradrenérgicas. Entre los factores ambientales asociados destacan la exposición prenatal al tabaco, el bajo peso al nacer y la hipoxia perinatal. Desde el punto de vista neurocognitivo, se observan déficits en funciones ejecutivas, control inhibitorio, vigilancia y regulación de la recompensa. Las neuroimágenes evidencian diferencias estructurales y funcionales menores, especialmente en corteza prefrontal, cíngulo y temporal, así como en la conectividad de la red por defecto, lo que sugiere un retraso madurativo cerebral.

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, basado en los criterios del DSM-5, que exige la presencia de seis o más síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad (cinco en adultos), con inicio antes de los 12 años y deterioro en al menos dos contextos. No existen biomarcadores diagnósticos validados. La entrevista clínica estructurada con padres, maestros o cuidadores es esencial en población pediátrica, mientras que en adolescentes y adultos se recomienda combinar autoinformes con

informantes cercanos. La comorbilidad es frecuente y debe explorarse de manera sistemática.

Comorbilidades

Entre el 70 y el 80 % de los individuos con TDAH presentan al menos una comorbilidad psiquiátrica o médica. Las más frecuentes incluyen trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante, trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno bipolar y consumo de sustancias. También se asocia con enfermedades somáticas como obesidad, asma y diabetes tipo 2. Los trastornos del sueño son comunes y pueden exacerbar los síntomas nucleares.

Tratamiento

El manejo del TDAH debe ser integral e individualizado. La farmacoterapia con estimulantes (metilfenidato, anfetaminas) constituye el tratamiento de primera línea por su eficacia demostrada. Los fármacos no estimulantes (atomoxetina, guanfacina, clonidina, viloxazina) son alternativas útiles, especialmente en presencia de comorbilidades como ansiedad, tics o trastornos del sueño. Las intervenciones psicosociales, particularmente la terapia conductual y la terapia cognitivo-conductual, son recomendadas como complemento, con evidencia sólida en niños y adolescentes. En adultos, la TCC y el entrenamiento en habilidades muestran beneficios adicionales.

Otras intervenciones

Las estrategias nutricionales, el ejercicio y las herramientas digitales pueden contribuir al manejo, aunque su eficacia es limitada. El *neurofeedback* y la estimulación cerebral no invasiva aún carecen de evidencia robusta para recomendar su uso clínico rutinario.

Calidad de vida

El TDAH impacta de forma significativa la calidad de vida desde la infancia hasta la adultez, afectando la función académica, laboral, social y emocional. El tratamiento farmacológico y psicosocial mejora los resultados funcionales y reduce riesgos asociados, incluyendo accidentes, consumo de sustancias y mortalidad.

Bibliografia

1. Herman JH. Attention deficit/hyperactivity disorder and sleep in children. *Sleep Med Clin*. 2015;10:143–9.
2. Faraone SV, Bellgrove MA, Brikell I, Cortese S, Hartman CA, Hollis C, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2024;10:11.
3. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity Disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2015;1(15020):15020.
4. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2016;387(10024):1240–50.
5. Matthews M, Nigg JT, Fair DA. Attention deficit hyperactivity disorder. *Curr Top Behav Neurosci*. 2014;16:235–66.
6. Boland H, DiSalvo M, Fried R, Woodworth KY, Wilens T, Faraone SV, et al. A literature review and meta-analysis on the effects of ADHD medications on functional outcomes. *J Psychiatr Res*. 2020;123:21–30.
7. Carucci S, Balia C, Gagliano A, Lampis A, Buitelaar JK, Danckaerts M, et al. Long term methylphenidate exposure and growth in children and adolescents with ADHD. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;120:509–25.
8. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr*. 2023;49:48.