



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2024,
Volumen 8, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4

TDAH EN NIÑOS Y ADULTOS: ACTUALIZACIÓN

ADHD IN CHILDREN AND ADULTS: UPDATE

Luisa Milena Trujillo González

Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm, Colombia

Juan Mario Tobón Arango

Corporación Universitaria Iberoamericana, Colombia

María Yurany Barrera Torres

Universidad de Caldas, Colombia

Saray Sofía Beltrán Gómez

Universidad del Sinú, Colombia

Shadia del Socorro Hernández Sampayo

Universidad del Norte, Colombia

Melissa Paola Pulgar González

Universidad Simón Bolívar, Colombia

Simón Gallo Urina

Universidad Siman Bolívar, Colombia

Lina Marcela Rodríguez Ruiz

Universidad Libre de Barranquilla, Colombia

Leidy Carolina Urrea Romero

Universidad Antonio Nariño, Colombia

Andrea Carolina Sánchez Zarate

Universidad del Sinú Elías Bechara Zainum

Ana Katherine Tenganan Ascuntar

Universidad del Valle, Colombia

Laurent Marcela Osorio Eljaik

Universidad del Norte

David Enrique Batista Pérez

Corporación Universitaria Rafael Núñez, Colombia

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.12314

TDAH en Niños y Adultos: Actualización

Luisa Milena Trujillo González¹

luisamilena1997@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-9924-3368>

Residente Pediatría

Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm
Colombia

Juan Mario Tobón Arango

tobon.juanmario@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-0126-3107>

Médico especialista Gerencia en Salud

Corporación Universitaria Iberoamericana
Colombia

María Yurany Barrera Torres

myurany1990@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-3418-1129>

Médico General

Universidad de Caldas
Colombia

Saray Sofía Beltrán Gómez

Saraysbeltrang@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3403-448X>

Médico General

Universidad del Sinú
Colombia

Shadia del Socorro Hernández Sampayo

Shadyahernandez@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1700-912X>

Psicóloga

Universidad del Norte
Colombia

Melissa Paola Pulgar González

gmelissapulgar@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-3424-7660>

Médico Residente

Universidad Simón Bolívar
Colombia

Simón Gallo Urina

samir.gallo@unisimon.edu.co

<https://orcid.org/0009-0009-2338-0855>

Residente de psiquiatría

Universidad Siman Bolívar
Colombia

Lina Marcela Rodríguez Ruiz

linarodriguez0108@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-2616-8980>

Universidad Libre de Barranquilla

Colombia

Leidy Carolina Urrea Romero

carolina.urrea0704@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-5520-9306>

Médico General

Universidad Antonio Nariño

Andrea Carolina Sánchez Zarate

andreasanchezzarante@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-9181-8013>

Médico General

Universidad del Sinú Elías Bechara Zainum

Ana Katherine Tenganan Ascuntar

ana.tenganan@correounivalle.edu.co

<https://orcid.org/0009-0009-0800-6478>

Médico General

Universidad del Valle

Laurent Marcela Osorio Eljaik

loeljaik@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9155-6834>

Médico Universidad egresado; Universidad del

Norte

David Enrique Batista Pérez

davidbp31@hotmail.com

Médico General de la Corporación Universitaria

Rafael Núñez

Colombia

¹ Autor principal

Correspondencia: luisamilena1997@gmail.com

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad o también conocido como TDAH por sus siglas, está catalogado como un trastorno del neurodesarrollo. Epidemiológicamente existen más de 36 millones de personas afectadas, con menos de una cuarta parte recibiendo un manejo adecuado. El diagnóstico se basa en los criterios basados en el DSM y la terapia requiere un enfoque integral y continuo a lo largo de la vida del paciente. Según las directrices del NICE, se recomiendan intervenciones no farmacológicas, especialmente para niños en edad preescolar y escolar, reservando el tratamiento farmacológico para casos moderados o que no responden a otras terapias. El manejo farmacológico actualmente se basa en el uso del metilfenidato. El objetivo del presente artículo es recopilar información actualizada sobre lo nuevo del TDAH en la población pediátrica y adulta.

Palabras claves: trastorno, TDAH, uptodate, hiperactividad, déficit de atención



ADHD in Children and Adults: Update

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder, also known as ADHD, is classified as a neurodevelopmental disorder. Epidemiologically, there are more than 36 million people affected, with less than a quarter receiving adequate management. Diagnosis is based on DSM-based criteria and therapy requires a comprehensive and continuous approach throughout the patient's life. According to NICE guidelines, non-pharmacological interventions are recommended, especially for preschool and school-age children, reserving pharmacological treatment for moderate cases or those that do not respond to other therapies. Pharmacological management is currently based on the use of methylphenidate. The objective of this article is to compile updated information on what is new about ADHD in the pediatric and adult population.

Keywords: disorder, ADHD, uptodate, hyperactivity, attention deficit

Artículo recibido 12 junio 2024

Aceptado para publicación: 15 julio 2024



INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad o también conocido como TDAH por sus siglas, está catalogado como un trastorno del neurodesarrollo. La prevalencia de esta patología va de un 2 a 12% de la población pediátrica, considerándose una prevalencia media de 5 a 8 % que con mayor frecuencia se presenta en edades que van de los 6 a los 9 años (1). Sin embargo, en los últimos años la prevalencia del trastorno se ha incrementado, pero aún no se ha logrado determinar si esto se debe a un sobrediagnóstico, optimización diagnóstica o a un verdadero aumento de la prevalencia (2). Por su parte , en los adultos la prevalencia se estima entre el 2,5 y el 5% siendo evidentemente más común en los niños (3).Las regiones que manejan una alta variabilidad en los rangos de prevalencia son África y Sudamérica, adicionalmente estas mismas zonas son a las que se le atribuyen las mayores cifras de prevalencia, las cuales de forma general están significativamente muy por encima de la media (4). Según la Liga Latinoamericana para TDAH, en Latinoamérica hay más de 36 millones de personas afectadas, con menos de una cuarta parte recibiendo un manejo adecuado (5). En Colombia, según Hoai Pham en su investigación, afirma que Colombia cuenta con la prevalencia de TDAH más alta a nivel mundial, con un 17,1% de la población (6). Este dato es confirmado por Vélez en 2012, al describir que en Colombia la prevalencia es mayor que en comparación a otros países (7)

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de TDAH en niños y adultos

Niños	Adultos
Falta de atención	Falta de concentracion o hiperconcentracion
Aumento de energía	Olvido
Actúa sin pensar	Impulsividad
Problemas en el rendimiento escolar	Desorganización
Habla excesiva	Preocupación con el manejo del tiempo
No sabe esperar	Problemas emocionales: autoimagen negativa
	Inquietud y ansiedad
	Fatiga
	Problemas en sus relaciones: amorosa, social, familiar, laboral
	Abuso de sustancias.



Generalmente los síntomas se presentan en edades tempranas, los criterios antiguos mencionan que antes de los 7 años, pero en la actualidad se habla de un rango un tanto más amplio, que propone la edad antes de los 12 años y las manifestaciones suelen ser similares y a la vez diferentes en cuanto a niños versus adultos (Tabla 1) (8). Para el diagnóstico, se basa principalmente en los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Academia Americana de Psiquiatría (DSM) que surgió del consenso de expertos y de una amplia investigación. Los criterios del DSM para TDAH describen tres síntomas considerados cardinales los cuales se distribuyen en dos dominios: inatención e hiperactividad/impulsividad. El diagnóstico de TDAH requiere la presencia de al menos seis de los nueve síntomas de cada dominio o una combinación de ambos (inatención-hiperactividad/impulsividad) como se observa en la tabla 2(9) (10).

Tabla 2. Criterios DSM5 para TDAH

Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere en el funcionamiento o desarrollo, caracterizado en 1 y/o 2	
1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas presentes por más de seis meses y en un grado mayor a lo esperado a su nivel de desarrollo y con impacto negativo directo en sus actividades académicas, ocupacionales y/o sociales	2. Hiperactividad e Impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas presentes por más de seis meses y en un grado mayor a lo esperado a su nivel de desarrollo y con impacto negativo directo en sus actividades académicas, ocupacionales y/o sociales
Nota: Los síntomas no son sólo la manifestación de una conducta oposicionista desafiante, hostilidad o una falla para entender tareas o instrucciones. Para adolescentes y adultos (edad 17 años o más), se requieren al menos cinco.	Nota: Los síntomas no son sólo la manifestación de una conducta oposicionista desafiante, hostilidad o una falla para entender tareas o instrucciones. Para adolescentes y adultos (edad 17 años o más), se requieren al menos cinco.
a) A menudo falla en atender a detalles, se equivoca en tonteras	a) Se mueve constantemente en su asiento
b) Dificultad para mantener atención sostenida en tareas o juegos	b) Se para constantemente
c) A menudo parece no escuchar cuando le hablan	c) A menudo corre cuando no es apropiado (en adolescentes incluye sensación de inquietud)
d) A menudo no sigue instrucciones, no termina los trabajos	d) Tiene dificultad para jugar tranquilo
e) Tiene dificultad para organizar sus tareas, actividades	e) Está siempre en movimiento
f) Evita actividades que exigen atención mantenida (en adolescentes preparar informes, completar formularios, lecturas extensas)	f) Habla en exceso
g) A menudo pierde los útiles	g) Contesta antes de que se le termine la pregunta
h) Se distrae fácilmente con estímulos externos (en adolescentes incluye pensamientos no relacionados)	h) Le cuesta esperar su turno
i) Se le olvidan las cosas (en adolescentes devolver llamados, pagar cuentas, respetar citas)	i) Interrumpe a menudo (se mete y toma el lugar de los que están haciendo otros)
3. Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad están presentes antes de los 12 años	4. Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes en dos o más ambientes (casa, colegio, con amigos o parientes, otras actividades)



5. Existe clara evidencia de que los síntomas interfieren con o reducen la calidad del funcionamiento social, académico u ocupacional

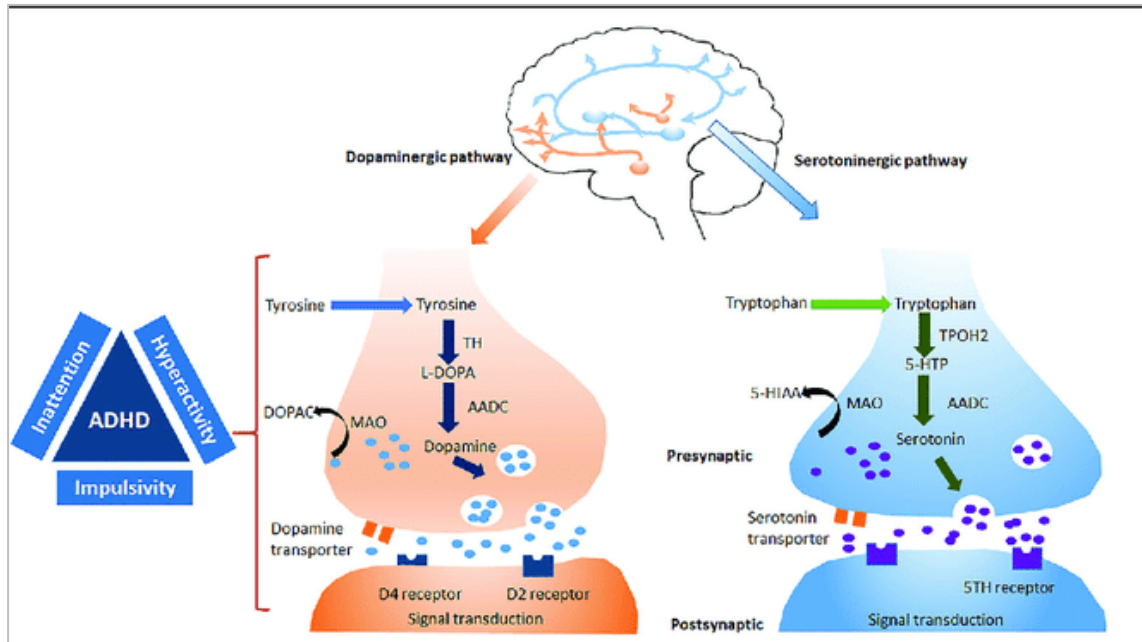
6. Los síntomas no ocurren exclusivamente en el curso de una esquizofrenia u otro trastorno psiquiátrico y no son explicables por otro trastorno mental (trastorno del ánimo, ansiedad, trastorno de personalidad, intoxicación o privación de sustancias)

Tomado de: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

Dentro de las alternativas terapéuticas que hoy por hoy sigue vigente, se tiene la terapia farmacológica y la no farmacológica. Dentro de la primera, se recomienda iniciar metilfenidato de acción inmediata o prolongada a una dosis inicial de 0.2 mg/kg para niños y adolescentes en una titulación entre 4 a 6 semanas hasta un máximo de 60 mg/kg al día (11). El uso de este fármaco se relaciona con las principales vías relacionadas con la patogénesis del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (dopaminérgica y serotoninérgica). Las neuronas dopaminérgicas y serotoninérgicas se encuentran principalmente en el mesencéfalo y el rombencéfalo, respectivamente, y controlan diversas funciones. Las anomalías en los niveles de dopamina y/o serotonina contribuyen a los síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Figura 1) es por ello que una alternativa utilizada es el metilfenidato ya que se cree que actúa inhibiendo la recaptación de dopamina y noradrenalina a nivel presináptico (12). El tratamiento debe incrementarse hasta lograr el resultado esperado, si se presentan efectos adversos o hasta alcanzar la dosis máxima (13). El metilfenidato de acción inmediata suele ser más conveniente para la titulación por su capacidad de permitir una dosis flexible, pero el metilfenidato de acción prolongada puede mejorar la adherencia (14).



Figura 1. Mecanismo fisiopatológico del TDAH



Tomado de: Yadav, Santosh K., et al. "Genetic variations influence brain changes in patients with attention-deficit hyperactivity disorder." *Translational Psychiatry* 11.1 (2021): 349.

Por su parte, en la terapia no farmacológica, la terapia conductual resulta ser muy importante ya que permite el involucramiento activo del niño o adolescente y de sus tutores, el entrenamiento parental, el manejo en el aula e intervenciones con pares son las únicas intervenciones que según estudios han mostrado beneficios estadísticamente significativos (15). La terapia conductual es recomendable como tratamiento inicial en presencia de una clínica leve o con mínimo deterioro, cuando hay rechazo de los padres al tratamiento farmacológico, también si el diagnóstico de TDAH es incierto, o existen discrepancias entre lo reportado por los padres y profesores (16).

La intervención temprana en niños y adolescentes es de vital importancia, con el fin de disminuir las repercusiones en la adolescencia y en la adultez, que se presentan en forma de desorganización en trabajos escolares, bajo rendimiento escolar y laboral, por esta razón, el objetivo del presente artículo es recopilar información actualizada sobre lo nuevo del TDAH en la población pediátrica y adulta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica detallada de información publicada más relevante en las bases de datos pubmed, scielo, medline, bibliotecas nacionales e internacionales especializadas en los temas tratados en el presente artículo de revisión. Se utilizaron los siguientes descriptores: Trastorno, TDAH, uptodate, Hiperactividad, Déficit de atención, neurodesarrollo. La búsqueda de artículos se realizó en

español e inglés, se limitó por año de publicación y se utilizaron estudios publicados desde 2006 a la actualidad.

RESULTADOS

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno mental prevalente caracterizado por síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad, que contribuyen a un deterioro psicosocial cognitivo relevante en las personas afectadas (17). Hoy en día se conoce que aproximadamente $\frac{2}{3}$ de los niños diagnosticados con este trastorno experimentan síntomas en la etapa adulta (18) teniendo menos frecuencia de empleo a tiempo completo, tienen dificultad para mantener relaciones personales y, por lo regular, están menos satisfechos con sus familias y su vida social y profesional (19).

Aunque los médicos coinciden en que la mejor opción de tratamiento combina intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas, la prescripción de medicación estimulante es claramente la primera opción y se sabe que mejora los síntomas tanto en niños como en adultos (20). En el año 2012, Liebrez y colaboradores exponen el caso de un paciente masculino de 38 años que ha estado en tratamiento durante los últimos cuatro años en el servicio ambulatorio del Hospital Universitario de Psiquiatría. Desde su infancia, fue diagnosticado con TDAH a los nueve años, habiendo recibido múltiples tratamientos con metilfenidato (MPH) y otros fármacos como desipramina y clomipramina. A pesar de estos tratamientos, sus problemas de atención e hiperactividad persistieron, afectando significativamente su rendimiento académico y profesional. Hace seis años, un psiquiatra suizo le prescribió nuevamente MPH, que inicialmente resultó eficaz; sin embargo, el paciente comenzó a abusar de la medicación, llegando a consumir entre 4800-6000 mg/día, lo que derivó en una dependencia de estimulantes. Cuatro años atrás, fue remitido al servicio ambulatorio, donde se le realizaron exhaustivas evaluaciones diagnósticas. Se confirmó un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y un trastorno de personalidad combinado. Aunque no presentaba antecedentes de abuso de sustancias, había un uso excesivo de MPH.

Se ajustó su dosis de MPH y se implementó una terapia psicosocial combinada, logrando una mejora significativa de los síntomas de TDAH con una dosis de 378 mg de MPH de liberación prolongada. Su puntuación en la escala de Evaluación Global del Funcionamiento mejoró de 43 a 68, lo que le permitió



mejorar sus relaciones interpersonales y asumir responsabilidades en el cuidado de su hijo. En los últimos 24 meses no se ha registrado ningún uso excesivo de metilfenidato (21).

Asimismo, el TDAH en adultos se asocia frecuentemente con diversas comorbilidades, entre las que destaca el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). La prevalencia de la comorbilidad entre TDAH y TOC varía significativamente en la literatura, situándose entre el 1% y el 13%. Asimismo, se ha reportado que la prevalencia de TDAH en pacientes con TOC oscila entre el 0% y el 23%. Esta alta coocurrencia de trastornos ha generado interrogantes sobre sus diagnósticos, neurobiología y opciones de tratamiento (22) (23). En el año 2021, Dogan-Sander y Straub dan a conocer el caso de una paciente masculino de 33 años con antecedentes de TDAH y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) acudió al Hospital Universitario de Leipzig para una evaluación diagnóstica más exhaustiva. Desde la infancia, el paciente había mostrado síntomas persistentes de impulsividad, inquietud y dificultades de concentración, que fueron inicialmente diagnosticados como TDAH de forma provisional. Para mitigar su inquietud, se involucraba en actividades como las artes marciales y la jardinería. La evaluación psiquiátrica reveló una marcada inquietud motora y déficit de atención, confirmando los diagnósticos de TDAH y TOC.

El paciente refirió sufrir de TOC desde los 10 años, manifestándose en compulsiones de lavado, conteo de objetos y pensamientos obsesivos. A lo largo de su vida, recibió múltiples tratamientos psiquiátricos y hospitalarios para el TOC y presentaba antecedentes de abuso de alcohol, del cual se encontraba en abstinencia desde hacía seis años. En el momento de la consulta, estaba siendo tratado con paroxetina y quetiapina. Tras una evaluación detallada, se confirmó el diagnóstico de TDAH en la edad adulta. Dado el escaso efecto terapéutico de la paroxetina, se cambió a sertralina y se inició metilfenidato de liberación prolongada (MPH ER). Este régimen farmacológico resultó en una mejora significativa de los síntomas de TDAH y TOC. Sin embargo, después del alta hospitalaria, el paciente redujo por su cuenta la dosis de MPH ER, lo que provocó un aumento de los síntomas obsesivo-compulsivos y episodios de pánico. Tras reanudar la dosis adecuada de MPH ER, se observó una mejoría en su estado clínico. Durante un segundo ingreso hospitalario, se sustituyó el MPH ER por atomoxetina, lo que exacerbó los síntomas del TOC. Ante esto, se decidió reiniciar MPH ER, resultando en una notable reducción de los síntomas tanto de TDAH como de TOC. Al alta, la medicación consistía en MPH ER, quetiapina y sertralina (24). Este caso nos muestra la complejidad del manejo de la comorbilidad entre TDAH y TOC en adultos,



subrayando la necesidad de ajustes farmacológicos meticulosos y la importancia de un seguimiento continuo para alcanzar la estabilización sintomática.

De igual manera, se conoce que aunque un pequeño porcentaje de niños con TDAH también cumple los criterios para el trastorno bipolar (TB), la prevalencia exacta de este diagnóstico en niños con TDAH es objeto de un gran debate. Pero independientemente de su prevalencia, este trastorno afecta a un grupo que se encuentra gravemente afectado con TDAH, elevadas tasas de agresión y trastornos psiquiátricos presentes en sus familias (25). En el año 2020, Tatsiopoulou y colaboradores presentan el caso de una paciente femenina de 15 años con historia de TDAH desde los 9 años, experimentó un empeoramiento significativo de la irritabilidad en los últimos cuatro meses. Sus antecedentes revelaron una infancia marcada por inestabilidad financiera y abuso emocional, con antecedentes familiares de trastorno bipolar en una tía materna. Ingresó con síntomas severos de un episodio maníaco agudo, incluyendo creencias grandiosas, agitación, insomnio y falta de cuidado personal. Tras un diagnóstico multidisciplinario que incluyó pruebas metabólicas y neurológicas negativas, fue tratada inicialmente con quetiapina y valproato de sodio, y luego con olanzapina debido a la falta de respuesta inicial. La combinación de farmacoterapia y terapia psicológica, especialmente la terapia cognitivo-conductual (TCC), fue fundamental en su recuperación. La TCC ayudó a la paciente a identificar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales y a desarrollar habilidades para manejar sus emociones y comportamientos. Además, se implementó educación psicoeducativa y terapia centrada en la familia para fortalecer la comprensión del trastorno y mejorar la comunicación familiar. Durante el seguimiento de dos años, la paciente logró una recuperación completa sin recaídas, destacando la efectividad de un enfoque integral que abordó tanto los aspectos médicos como psicológicos de su condición (26).

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que este es un trastorno que se diagnostica por lo general durante la infancia pero que se manifiesta también en la adultez y que tiene grandes repercusiones durante esta etapa, es de vital importancia la aplicación de la terapia farmacológica y conductual, sobretodo de la mano de los padres, en los que influye mucho su papel de educación en el hogar, en la que es importante a su vez, el seguimiento de una dieta acorde a este trastorno, puesto que en los últimos años se ha comprobado que



existen patologías asociadas a este, como la obesidad, las cuales afectan a su vez otros ámbitos de la salud de este tipo de pacientes y por ende su calidad de vida.

Por esto, en los últimos años se ha evaluado el papel de la nutrición en este tipo de pacientes.

Hay diversas teorías que explican la relación entre el TDAH y la obesidad. Los estudios han indicado que las personas obesas pueden tener TDAH, y viceversa, las personas con TDAH pueden ser diagnosticadas con obesidad. Algunos estudios sugieren que la impulsividad y la falta de organización asociadas con el TDAH podrían contribuir a la obesidad. Otros señalan que las personas obesas suelen experimentar trastornos del sueño que pueden exacerbar los síntomas del TDAH. (27)

La impulsividad, un síntoma clave del TDAH, puede llevar a una falta de autocontrol y aumento en la ingesta de alimentos, resultando en obesidad. Además, las respuestas impulsivas a las señales de comida pueden contribuir a este problema. El aumento del índice de masa corporal (IMC) puede reducir la inhibición de las señales alimentarias, promoviendo así la obesidad. Una explicación adicional podría ser cómo el TDAH afecta el ritmo circadiano, que regula los patrones de sueño y alimentación. Una alteración en este ritmo podría resultar en patrones de alimentación inestables que predisponen a la obesidad. Un estudio comparativo observó que los niños con TDAH tienden a tener menos actividad física y pasar más tiempo frente a pantallas en comparación con los niños sin TDAH, lo cual aumenta su riesgo de desarrollar obesidad. (28)

A su vez, Durá y colaboradores (2014) investigaron los hábitos alimentarios de un grupo de pacientes diagnosticados con TDAH que estaban recibiendo tratamiento con metilfenidato de liberación prolongada (1,02 mg/kg/día). Durante tres días consecutivos, analizaron la ingesta de alimentos de: a) 150 pacientes con TDAH (100 varones y 50 mujeres), y b) 150 sujetos sanos de la misma edad (grupo control C).

Compararon la cantidad de alimentos y nutrientes consumidos, así como el estado nutricional entre ambos grupos. Encontraron que en el grupo C, la ingesta calórica y de nutrientes como proteínas, carbohidratos, grasas, fibra, calcio, hierro, magnesio, zinc, selenio, fósforo, tiamina, niacina, vitamina B6 y folatos era significativamente mayor en comparación con el grupo de pacientes con TDAH ($p < 0,05$). Por otro lado, la ingesta de cereales, carnes, legumbres y frutas fue significativamente menor en el grupo con TDAH ($p < 0,05$). También observaron que el tratamiento con metilfenidato de liberación



prolongada alteraba sustancialmente la distribución porcentual de la ingesta calórica y de nutrientes específicos durante las diferentes comidas diarias, generalmente resultando en una menor ingesta en comparación con el grupo control C. (29)

Por lo tanto, en este tipo de pacientes debe limitarse el consumo de azúcares, aumentar el consumo de legumbres, grasas saludables, alimentos ricos en hierro y vitamina C; y sobre todo, realizar mucha actividad física y recreativa. (30)

Debido a todos estos factores, el diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad afecta significativamente la calidad de vida de niños y adultos en áreas como la productividad, la salud mental, las relaciones interpersonales y la perspectiva de vida, sobre todo cuando el diagnóstico no se realiza de manera temprana. (31)

Finalmente, el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) requiere un enfoque integral y continuo a lo largo de la vida del paciente. Según las directrices del NICE, se recomiendan intervenciones no farmacológicas, especialmente para niños en edad preescolar y escolar, reservando el tratamiento farmacológico para casos moderados o que no responden a otras terapias. En adolescentes, la APP sugiere el uso de psicoestimulantes como primera opción, mientras que para jóvenes y adultos se destacan opciones farmacológicas como el Metilfenidato y la Lisdexanfetamina. Además, se mencionan fármacos no estimulantes como la Atomoxetina y la Guanfacina como alternativas de segunda línea, especialmente en casos de falta de respuesta o contraindicaciones a los tratamientos de primera línea. Es crucial evaluar cuidadosamente las opciones terapéuticas, considerando factores individuales y riesgos asociados, para proporcionar un manejo efectivo y personalizado del TDAH, además de ser muy rigurosos con el tipo de dieta proporcionada a estos pacientes. (32)

CONCLUSIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) sigue siendo un desafío clínico significativo tanto en niños como en adultos, con una prevalencia variable pero notable a nivel mundial y particularmente alta en algunas regiones como Latinoamérica. El manejo del TDAH constituye un desafío constante en la práctica clínica, demandando un enfoque integral que no solo aborde los síntomas principales, sino también las condiciones médicas concurrentes y la promoción de estilos de vida



saludables. La combinación de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, adaptados a las necesidades individuales y respaldados por investigaciones sólidas, resulta crucial para mejorar el bienestar a largo plazo de los pacientes. Además, la educación continua y la sensibilización pública son elementos clave para disminuir estigmas y facilitar un manejo efectivo del trastorno en todas las etapas de la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Soutullo, C. Mardomingo, M. Manual de psiquiatría del niño y adolescente. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 55-78.
2. Singh, I. Beyond polemics: science and ethics of ADHD. *Nat Rev Neurosci*. 2008; 9(12):957-964.
3. Demontis, D. Walters, R. Martín, J. Mattheisen, M. Als, T. Agerbo, E. et al. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for ADHD. *Nat Genet*. 2019;51:63-75.
4. Polanczyk, G. Willcutt, E. Salum, G. Kieling, C. Rohde, L. ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43:434-42.
5. De la Peña, F. Palacio, J. Barragán, E. Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Rev Ciencias Salud*. 2010;8:93-8.
6. Marwaha, S. Thompson, A. Bebbington, P. Adult attention deficit hyperactivity symptoms and psychosis: Epidemiological evidence from a population survey in England. *Psychiatry Res*. 2015;229:49-56.
7. Vélez, C. Vidarte, J. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2012;14:113-28
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association;2013. p. 249-257.
9. Feldman, H. Reiff, M. Attention Deficit -Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *N Engl J Med*. 2014; 370, pp. 838-846
10. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.



11. National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE Clinical Guideline CG87. Londres: National Institute for Health and Care Excellence; 2018. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng87
12. Yadav, K. et al. "Genetic variations influence brain changes in patients with attention-deficit hyperactivity disorder." *Translational Psychiatry*. 2021; 11 (1): 349.
13. Canadian ADHD Resource Center. Canadian ADHD Practice Guideline. Fourth Edition. Toronto: Canadian ADHD Resource Center; 2018.
14. Bolea, B. Nutt, D. Adamou, M. Asherson, P. Bazire, S. Coghill, D. et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: Update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2014;28(3):179-203
15. Evans, S. Owens, J. Bunford, N. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2014;43(4):527-51.
16. Chaplin, S. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. *Prog Neurol Psychiatry*. 2018; 22(3):27-9.
17. Kessler, R. Adler, L. Barkley, R. Biederman, J. Conners, C. Demler, O. Faraone, S. Greenhill, L. Howes, M. Secnik, K. et al. La prevalencia y correlaciones del TDAH en adultos en los Estados Unidos: resultados de la replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad. *Am J Psychiatry*. 2006; 163 :716–723.
18. Faraone, S. Antshel, K. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos. *World Psychiatry*. 2008; 7 :131–136.
19. Rosler, M. Casas, M. Konofal, E. Buitelaar, J. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos. *World J Biol Psychiatry*. 2010; 11 :684–698.
20. Harpin, V. Opciones de medicación en el tratamiento de niños y adolescentes con TDAH: interpretación de la guía NICE 2006. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2008; 93 :58–65.
21. Liebrez, M. Hof, D. Buadze, A. Stohler, R. Eich, D. High dose methylphenidate treatment in adult attention deficit hyperactivity disorder: a case report. *J Med Case Rep*. 2012;6:125.



22. Abramovitch, A. Dar, R. Mittelman, A. Wilhelm, S. Comorbilidad entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno obsesivo-compulsivo a lo largo de la vida: una revisión sistemática y crítica . *Harv Rev Psychiatry*.2015; 23 :245–62.
23. Katzman, M. Bilkey, T. Chokka, P. Fallu, A. Klassen, L. TDAH en adultos y trastornos comórbidos: implicaciones clínicas de un enfoque dimensional . *BMC Psychiatry*. 2017; 17 :302.
24. Dogan, E. Strauß, M. Case Report: Treatment of a Comorbid Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder With Psychostimulants. *Front Psychiatry*. 2021;12:649833
25. Spencer, T. TDAH y comorbilidad en la infancia. *J. Clin. Psychiatry*. 2006; 67 :27–31.
26. Tatsiopoulou, P. Porfyri, G. Bonti, E. Diakogiannis, I. Childhood ADHD and Early-Onset Bipolar Disorder Comorbidity: A Case Report. *Brain Sci*. 2020;10(11):883
27. Nazar, B. Bernardes, C. Peachey, G. Sergeant, J. Mattos, P. Treasure, J. The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2016;49(12):1045-1057.
28. Aguilar, LD. FACTORES ASOCIADOS A OBESIDAD EN NIÑOS CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD, EN DE 3 A 15 AÑOS DE EDAD, EN EL HOSPITAL RODOLFO NIETO PADRÓN DE JULIO 2022-MAYO 2023. Tesis de posgrado. Villahermosa, Tabasco. Universidad Nacional Autonoma de Mexico. 2023. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000844591/3/0844591.pdf>
29. Durá, T. Diez, V. Yoldi, M. Aguilera, S. Modelo dietético en pacientes con déficit de atención e hiperactividad. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 80(4):206-213.
30. Feliu, M. Fernandez, I. Slobodianik, N. Importancia de la nutrición en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Actual. nutr*. 2022; 23(4): 204-210.
31. Valentin, C. Impacto del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la Calidad de Vida de Adultos: una revisión sistemática. Tesis de pregrado. Universidad de Valladolid. 2024. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/68525/TFG-H3220.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



32. Taopanta, DP. Conducta diagnóstica y terapéutica en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad: una actualización. Tesis de pregrado. Riobamba, Ecuador. Universidad Nacional de Chimborazo. 2024. Disponible en:

<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/12321/1/Toapanta%20Chimba%2c%20D.%20%282024%29%20Conducta%20diagn%c3%b3stica%20y%20terap%c3%a9utica%20en%20el%20trastorno%20de%20d%c3%a9ficit%20de%20atenci%c3%b3n%20e%20hiperactividad%3b%20una%20actualizaci%c3%b3n..pdf>

