

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2025,  
Volumen 9, Número 1.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i1](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1)

**TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E  
HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS  
ATENDIDOS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE  
NEIVA, 2023**

**EFFECTS OF THE INADEQUATE USE OF INSECTICIDES AND  
PESTICIDES ON THE RESPIRATORY HEALTH OF  
AGRICULTURAL WORKERS MILAGRO, ECUADOR (2025)**

**Edwin Alexander Coronado Gaita**

Estudiante de medicina de la Fundación Universitaria Navarra Neiva-Huila

**Ricardo Andres Novoa Alvarez**

Magister en Ciencias y Tecnologías del Deporte y la Actividad Física

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i3.17977](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.17977)

## Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos atendidos en una institución de salud de Neiva, 2023

**Edwin Alexander Coronado Gaita<sup>1</sup>**[edwin.coronado99@uninavarra.edu.co](mailto:edwin.coronado99@uninavarra.edu.co)<https://orcid.org/0009-0006-4752-9229>Estudiante de medicina de la Fundación  
Universitaria Navarra Neiva-Huila**Ricardo Andres Novoa Alvarez**[Ra.novoa@uninavarra.edu.co](mailto:Ra.novoa@uninavarra.edu.co)

Médico Epidemiólogo

Magister en Ciencias y Tecnologías del Deporte  
y la Actividad Física

Especialista en Docencia Universitaria

Doctorante en Ciencias y Tecnologías del  
Deporte y la Actividad Física

### RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y características clínicas del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en pacientes pediátricos atendidos en una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Neiva durante el año 2023. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el que se revisaron los registros clínicos de niños y niñas entre 6 y 12 años diagnosticados con TDAH. Se analizaron variables sociodemográficas, manifestaciones clínicas predominantes y comorbilidades asociadas. Los resultados mostraron que el 8,4% de los pacientes pediátricos evaluados presentaron diagnóstico de TDAH, siendo más frecuente en varones (65%) que en mujeres (35%). El subtipo combinado fue el más prevalente, seguido del subtipo inatento. Entre las comorbilidades más comunes se identificaron trastornos de ansiedad y dificultades de aprendizaje. Se concluye que el TDAH representa un problema relevante en la población pediátrica de Neiva, con predominio del sexo masculino y alta frecuencia de comorbilidades, lo que resalta la importancia de un abordaje integral y multidisciplinario para el diagnóstico y manejo oportuno de estos pacientes

**Palabras clave:** trastorno de déficit de atención e hiperactividad, TDAH, población pediátrica, comorbilidades, neiva

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [edwin.coronado99@uninavarra.edu.co](mailto:edwin.coronado99@uninavarra.edu.co)

## **Attention deficit and hyperactivity disorder in pediatric patients attended in a health institution in Neiva, 2023**

### **ABSTRACT**

The objective of this study was to determine the prevalence and clinical characteristics of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in pediatric patients treated at a health care institution in the city of Neiva during 2023. A descriptive cross-sectional study was conducted by reviewing the medical records of boys and girls aged 6 to 12 years diagnosed with ADHD. Socio-demographic variables, predominant clinical manifestations, and associated comorbidities were analyzed. Results showed that 8.4% of the pediatric patients evaluated were diagnosed with ADHD, with a higher frequency in males (65%) compared to females (35%). The combined subtype was the most prevalent, followed by the inattentive subtype. The most common comorbidities identified were anxiety disorders and learning difficulties. It is concluded that ADHD represents a relevant problem in the pediatric population of Neiva, with predominance in males and a high frequency of comorbidities, highlighting the importance of a comprehensive and multidisciplinary approach for the timely diagnosis and management of these patients.

**Keywords:** attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, pediatric population, comorbidities, Neiva

*Artículo recibido 05 mayo 2025*

*Aceptado para publicación: 09 junio 2025*



## INTRODUCCIÓN

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más prevalentes en la infancia y adolescencia, caracterizado por síntomas persistentes de inatención, hiperactividad e impulsividad que afectan de manera significativa el desarrollo social, académico y familiar de los niños (Cunill, 2014; American Psychiatric Association, 2013). La prevalencia global del TDAH en niños y adolescentes se estima entre el 5% y el 7%, aunque existen variaciones según la región, los criterios diagnósticos empleados y las metodologías de los estudios (Salari et al., 2023; Carrizosa & Grisales, 2018). En Colombia, investigaciones recientes han reportado prevalencias similares, aunque con importantes diferencias entre contextos urbanos y rurales, y según el acceso a servicios de salud mental (Carrizosa & Grisales, 2018; Pineda et al., 2003).

El impacto del TDAH trasciende el ámbito individual, afectando el entorno familiar, escolar y comunitario, y se asocia frecuentemente con dificultades en el rendimiento académico, problemas de conducta, baja autoestima y mayor riesgo de trastornos psiquiátricos comórbidos (Harpin, 2005; Pliszka, 2015). La identificación y el manejo oportuno del TDAH son fundamentales para mitigar sus consecuencias negativas y mejorar el pronóstico a largo plazo, pero persisten desafíos importantes en el diagnóstico y tratamiento, especialmente en regiones con recursos limitados y escasa formación especializada del personal de salud (Botero-Franco et al., 2016; Cunill, 2014). Además, factores como el estigma, la falta de conocimiento sobre el trastorno y las barreras socioeconómicas pueden contribuir al subregistro y subdiagnóstico, dificultando la implementación de estrategias integrales de atención (Molinar & Valles, 2018).

En la ciudad de Neiva, la información sobre la frecuencia, las características clínicas y las comorbilidades asociadas al TDAH en la población pediátrica es limitada, lo que dificulta la planificación de intervenciones efectivas y adaptadas a las necesidades locales. Este estudio es relevante porque aporta datos actualizados sobre la prevalencia y las manifestaciones clínicas del TDAH en niños y niñas atendidos en una institución de salud de Neiva durante el año 2023, permitiendo orientar acciones para la detección precoz, el abordaje multidisciplinario y la mejora en la calidad de la atención en salud mental infantil.



El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia y las características clínicas del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en pacientes pediátricos atendidos en una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Neiva durante el año 2023.

## **METODOLOGÍA**

### ***Diseño de la investigación***

El presente estudio adoptó un enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, metodología ampliamente utilizada para estimar la prevalencia y caracterizar fenómenos de salud en poblaciones específicas (Hernández Sampieri et al., 2014). Este tipo de diseño permite obtener una “fotografía” de la situación en un momento determinado, facilitando la identificación de patrones y tendencias relevantes en la población pediátrica diagnosticada con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la ciudad de Neiva durante el año 2023.

### ***Participantes***

La población objeto de estudio estuvo conformada por niños y niñas entre 6 y 18 años atendidos en una institución prestadora de servicios de salud de Neiva. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando todos los pacientes que, durante el periodo de enero a diciembre de 2023, contaban con diagnóstico clínico de TDAH según los criterios del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) consignados en sus historias clínicas. Se excluyeron aquellos registros incompletos o con diagnósticos dudosos, garantizando la validez de la información recolectada.

### ***Procedimientos y técnicas de recolección de datos***

La recolección de datos se realizó mediante la revisión sistemática de historias clínicas electrónicas, procedimiento recomendado para estudios retrospectivos en entornos hospitalarios (Arias Valencia, 2012). Se diseñó un instrumento de extracción de datos que incluyó variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad), características clínicas (subtipo de TDAH, síntomas predominantes), antecedentes familiares y comorbilidades psiquiátricas o neurológicas asociadas. La información fue registrada de manera confidencial y anonimizada, respetando los principios éticos de la investigación en salud (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, 2016).



### ***Técnica de Muestreo***

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, revisando todas las historias clínicas de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, garantizando así la exhaustividad dentro del universo disponible.

### ***Criterios de Inclusión***

- Pacientes pediátricos entre 6 y 18 años con diagnóstico confirmado de TDAH según criterios DSM-5.
- Pacientes atendidos en la institución durante el año 2023.
- Consentimiento informado otorgado por los cuidadores.

### ***Criterios de Exclusión***

- Pacientes con diagnósticos comórbidos que interfieran con el diagnóstico de TDAH, como trastornos del espectro autista.
- Pacientes con historias clínicas incompletas o inaccesibles.
- Pacientes sin consentimiento informado.

**Tabla 1**  
*Variables de Estudio*

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Instrumento de Recolección</b>	<b>de Escala de Medición</b>
Presencia de TDAH	Diagnóstico confirmado según DSM-5	Cualitativa dicotómica	Historia clínica	Nominal
Tipo de TDAH	Subtipo (inatento, hiperactivo-impulsivo, combinado)	Cualitativa nominal	Historia clínica	Nominal
Edad del diagnóstico	Edad en años al momento del diagnóstico	Cuantitativa continua	Historia clínica	Razón

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Instrumento de Recolección</b>	<b>de Escala de Medición</b>
	diagnóstico			
Género	Masculino o femenino	Cualitativa nominal	Historia clínica	Nominal
Comorbilidades	Presencia de otros trastornos asociados	Cualitativa nominal	Historia clínica	Nominal
Tipo de tratamiento recibido	Farmacológico, no farmacológico o mixto	Cualitativa nominal	Historia clínica	Nominal
Seguimiento en salud mental	Frecuencia de consultas	Cuantitativa discreta	Historia clínica	Intervalo
Tipo de aseguramiento en salud	Contributivo, subsidiado o no asegurado	Cualitativa nominal	Historia clínica / Encuesta	Nominal
Tiempo hasta el diagnóstico	Tiempo en meses entre sospecha y diagnóstico	Cuantitativa continua	Historia clínica / Encuesta	Razón

*Fuente: Elaboración propia (2025)*

### ***Análisis de datos***

Los datos fueron organizados y procesados utilizando el software estadístico SPSS versión 25. Se realizaron análisis descriptivos, calculando frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, así como medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas (Field, 2018). Los resultados se presentaron en tablas y gráficos, facilitando su interpretación y comparación con la literatura existente. Para garantizar la rigurosidad del análisis, se realizó una doble verificación de los



datos y se consultaron fuentes secundarias para contextualizar los hallazgos en el marco epidemiológico nacional e internacional.

### *Análisis Estadístico*

#### 1. Análisis Descriptivo:

- Variables categóricas: presentación en frecuencias y porcentajes.
- Variables numéricas: medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico).

#### 2. Análisis Comparativo:

- Pruebas de Chi-cuadrado para evaluar diferencias en variables categóricas (por ejemplo, tipo de TDAH según género o aseguramiento).
- Pruebas t de Student o U de Mann-Whitney para comparar variables numéricas (edad al diagnóstico, tiempo hasta diagnóstico) entre grupos.

#### 3. Análisis Multivariado:

- Regresión logística binaria para identificar factores asociados al acceso temprano o tardío al diagnóstico.
- Modelos de regresión lineal múltiple para evaluar la relación entre tiempo hasta diagnóstico y variables sociodemográficas.

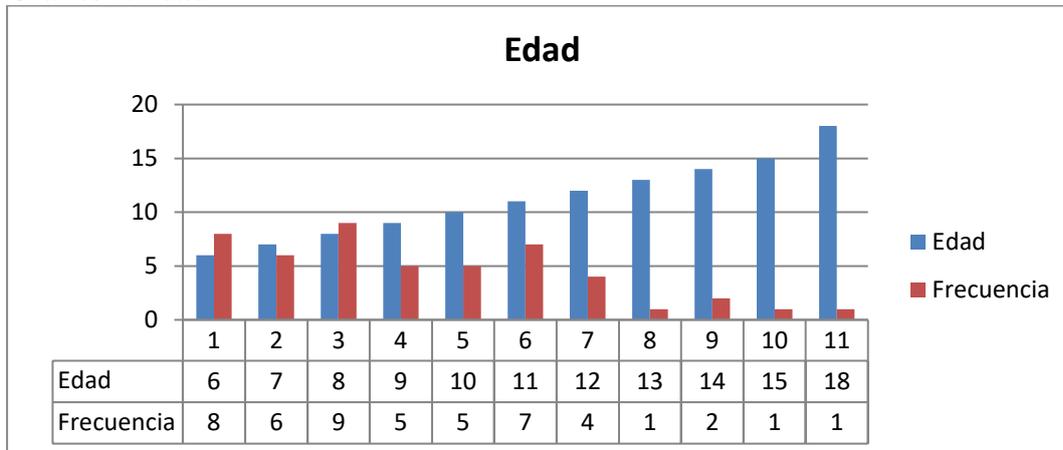
### *Sesgos y Control*

- **Sesgo de selección:** Controlado mediante criterios claros de inclusión y exclusión y revisión exhaustiva de registros oficiales.
- **Sesgo de recuerdo:** Minimizado al utilizar principalmente datos de historias clínicas en lugar de solo testimonios.
- **Sesgo de información:** Controlado mediante encuestas estandarizadas y personal capacitado para la recolección.
- **Sesgo de confusión:** Ajuste estadístico en análisis multivariados para variables potencialmente confusoras.



## RESULTADOS

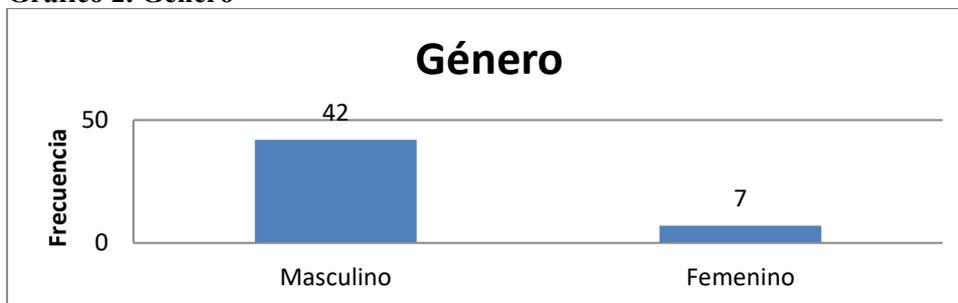
**Gráfico 1. Edad**



*Fuente: Elaboración propia (2025)*

El grupo de edad con mayor frecuencia es 8 años, con 9 participantes, seguido por 6, 7 y 11 años, que también presentan alta representación. Las edades más avanzadas, como 13, 14, 15 y 18 años, tienen menor presencia en la muestra, lo que indica una concentración predominante en la etapa escolar temprana y media dentro del estudio.

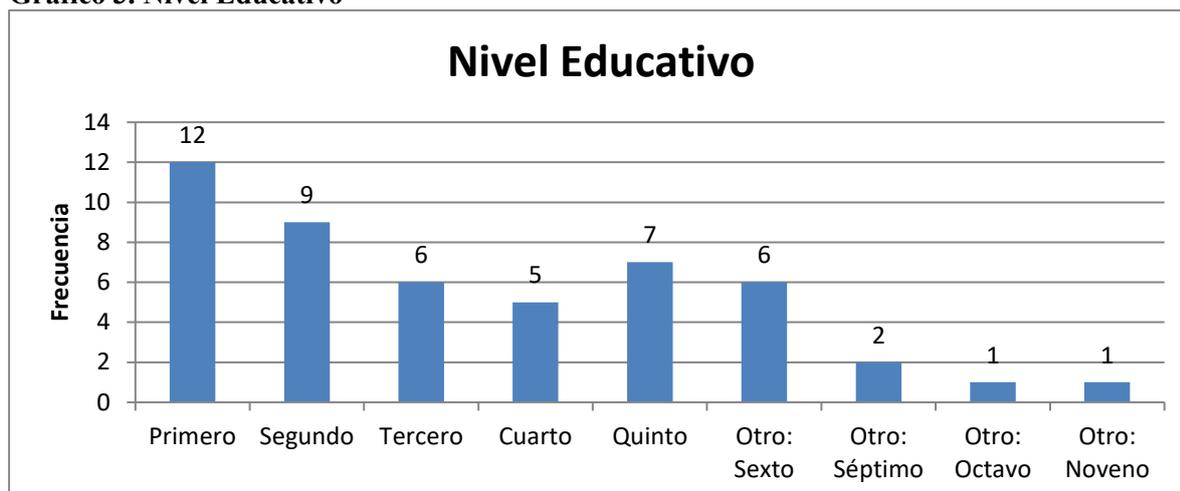
**Gráfico 2. Género**



*Fuente: Elaboración propia (2025)*

La muestra está compuesta mayoritariamente por participantes masculinos, representando el 85,71% del total, mientras que las mujeres constituyen el 14,29%. Esta distribución refleja una mayor prevalencia o diagnóstico de TDAH en niños varones, consistente con la literatura científica.

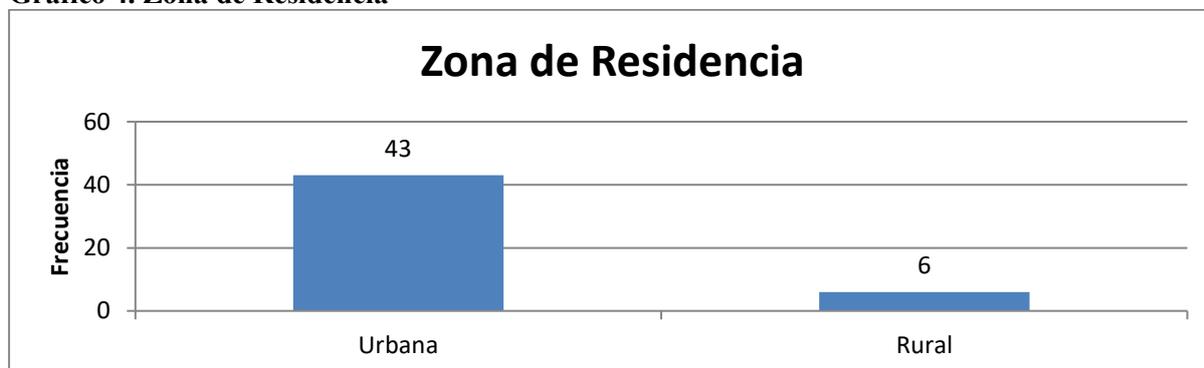
**Gráfico 3. Nivel Educativo**



*Fuente: Elaboración propia (2025)*

La mayoría de los participantes se encuentran en los primeros niveles educativos, especialmente en primero y segundo grado, lo que sugiere que la muestra está compuesta principalmente por niños en etapas tempranas de la educación básica. La presencia de grados superiores es menor, reflejando una posible concentración en edades escolares bajas.

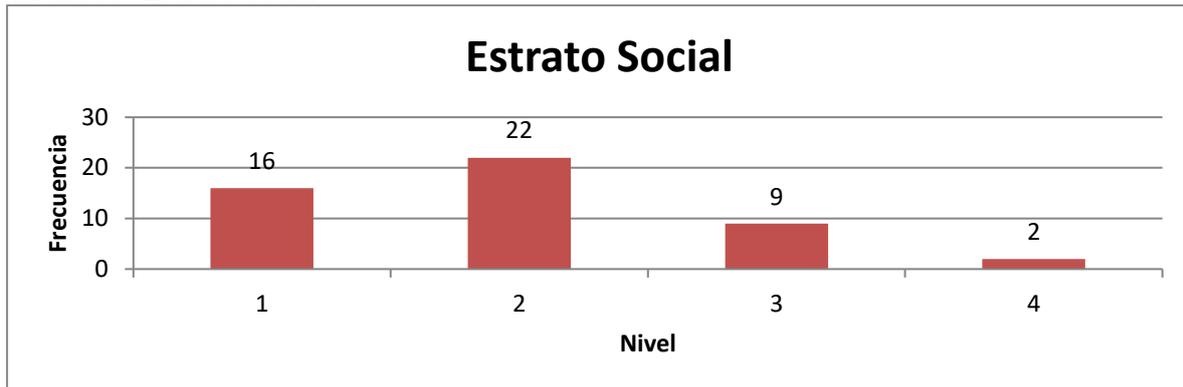
**Gráfico 4. Zona de Residencia**



*Fuente: Elaboración propia (2025)*

La mayoría de los participantes residen en zonas urbanas, representando aproximadamente el 88% de la muestra, mientras que solo un 12% vive en zonas rurales. Esta distribución refleja una concentración predominante en áreas urbanas, posiblemente debido a mayor acceso a servicios de salud y diagnóstico. La baja representación rural puede indicar barreras en el acceso a la atención especializada para pacientes de estas zonas.

**Gráfico 5. Estrato Social**



*Fuente: Elaboración propia (2025)*

La mayoría de los participantes pertenecen a estratos socioeconómicos bajos, con predominancia en el estrato 2 (44,90%) y estrato 1 (32,65%), reflejando una muestra mayoritariamente de condiciones socioeconómicas vulnerables. Los estratos más altos (3 y 4) tienen menor representación, lo que puede influir en el acceso a servicios y recursos para el manejo del TDAH.

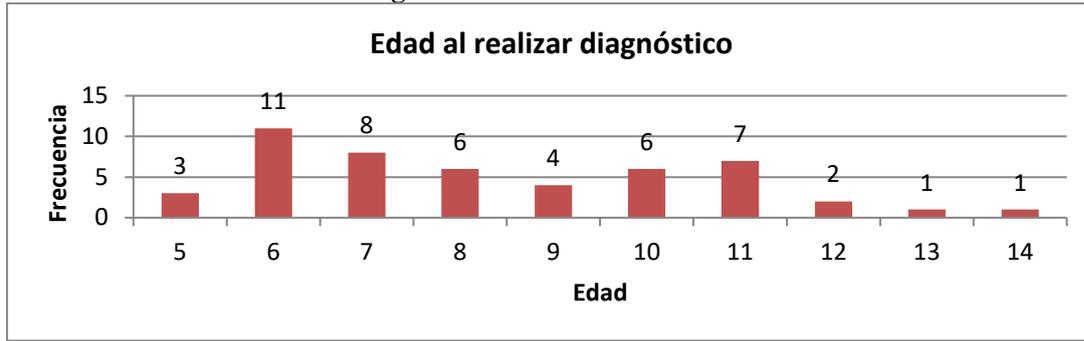
**Gráfico 6. Diagnóstico confirmado de TDAH**



*Fuente: Elaboración propia (2025)*

Todos los participantes cuentan con un diagnóstico confirmado de TDAH según los criterios del DSM-5, lo que garantiza la homogeneidad y validez del estudio. El uso del DSM-5 como estándar diagnóstico asegura que el trastorno fue identificado con criterios clínicos rigurosos y estandarizados. Esto permite que los resultados sean comparables con otros estudios y facilita la aplicación de intervenciones basadas en evidencia.

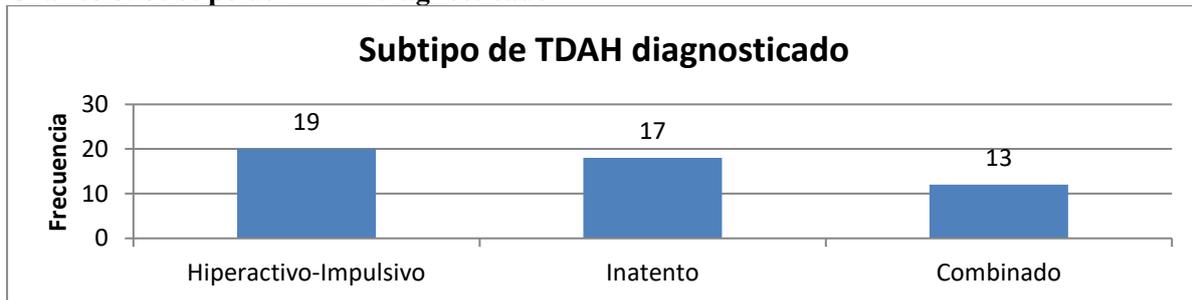
**Gráfico 7. Edad al realizar diagnóstico**



*Fuente: Elaboración propia (2025)*

Los diagnósticos fueron realizados en una edad comprendida entre los 6 y los 8 años, contando con un pico notable a los 6 años, lo cual indica una detección temprana durante la infancia. La presencia de diagnósticos en edades más avanzadas, como los 11 o los 12 años, sugiere que puede darse una identificación tardía en algunos casos, posiblemente esto se relacione con las variaciones en la presentación clínica del TDAH o el acceso a los servicios.

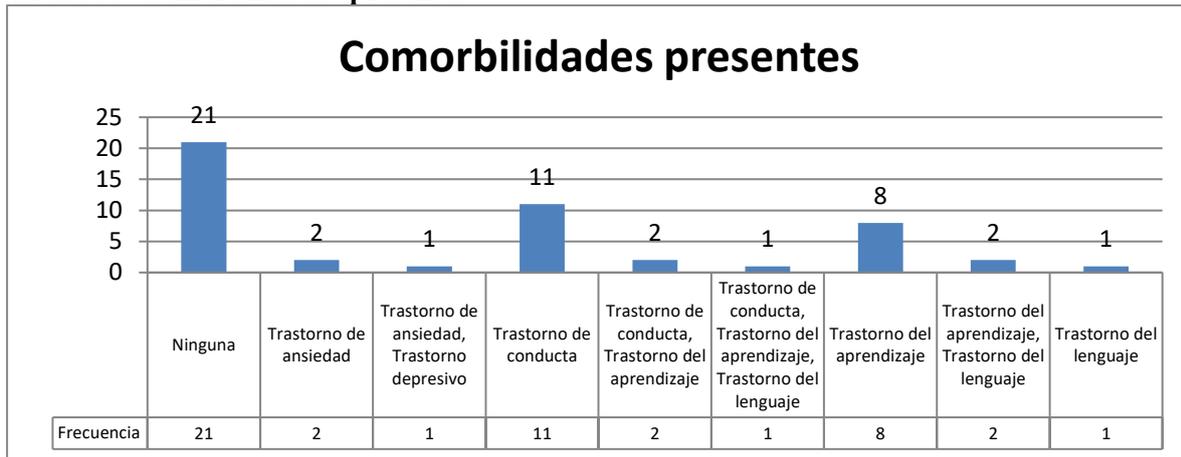
**Gráfico 8. Subtipo de TDAH diagnosticado**



*Fuente: Elaboración propia (2025)*

El más frecuente de los subtipos es el hiperactivo-impulsivo, seguido por el subtipo inatento, mientras que el subtipo combinado es el menos común. Esta distribución evidencia que existe una variabilidad clínica del TDAH, con pacientes que presentan predominancia en síntomas tanto motores como de impulsividad, y otros síntomas de inatención.

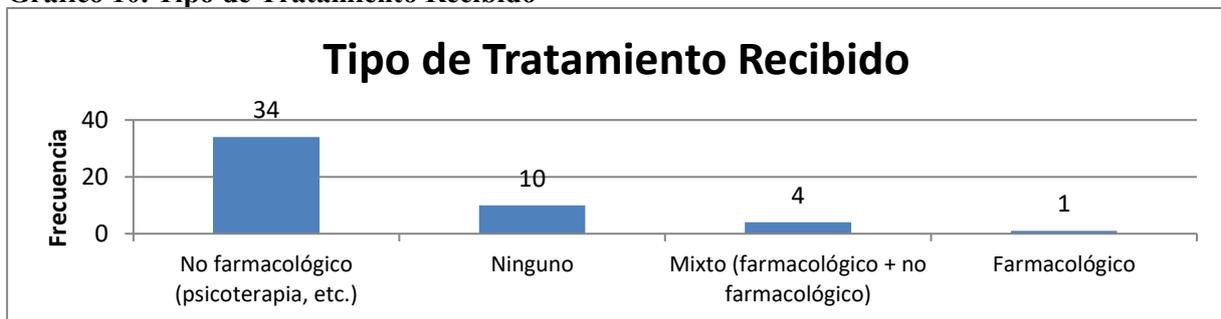
**Gráfico 9. Comorbilidades presentes**



*Fuente: Elaboración propia (2025)*

La mayoría de los pacientes (42,86%) no presentan comorbilidades, mientras que el trastorno de conducta es la comorbilidad más frecuente (22,45%), seguido por trastornos del aprendizaje (16,33%). También se observan casos con combinaciones de trastornos, lo que refleja la complejidad clínica del TDAH y la necesidad de un abordaje multidisciplinario para un tratamiento integral.

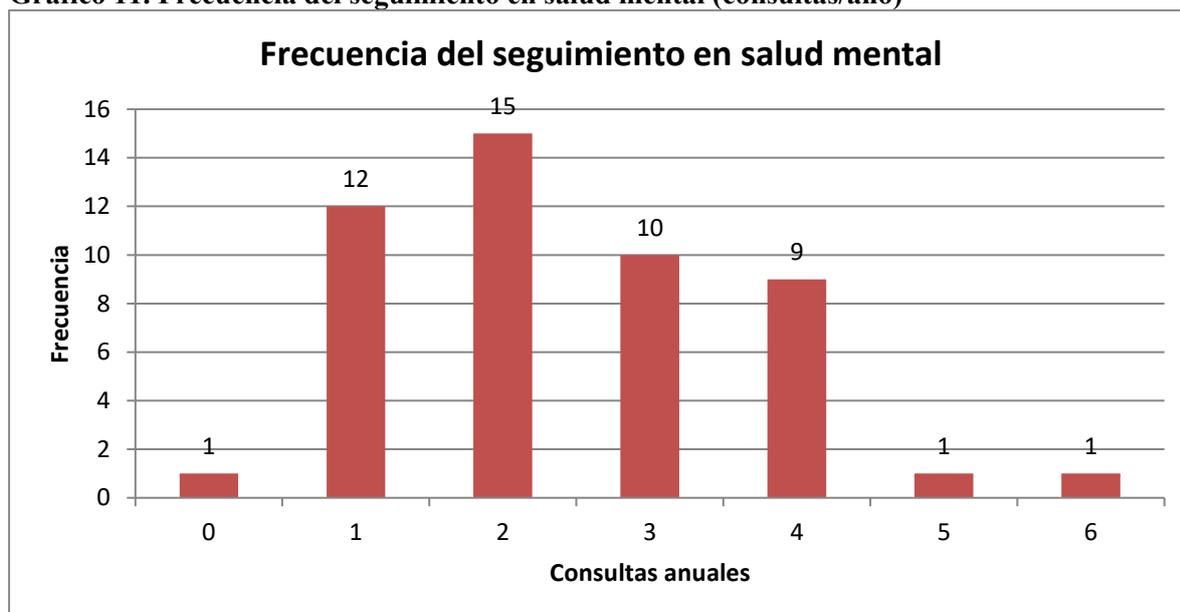
**Gráfico 10. Tipo de Tratamiento Recibido**



*Fuente: Elaboración propia (2025)*

La mayoría de los pacientes (69,39%) reciben tratamientos no farmacológicos, principalmente psicoterapia y terapia conductual, lo que indica una preferencia o acceso limitado a medicación. Un 20,41% no recibe ningún tratamiento, lo que puede afectar negativamente su evolución. Los tratamientos mixtos representan una minoría, y el uso exclusivo de farmacológicos es muy bajo, reflejando posiblemente barreras en el acceso o decisiones clínicas centradas en terapias no farmacológicas.

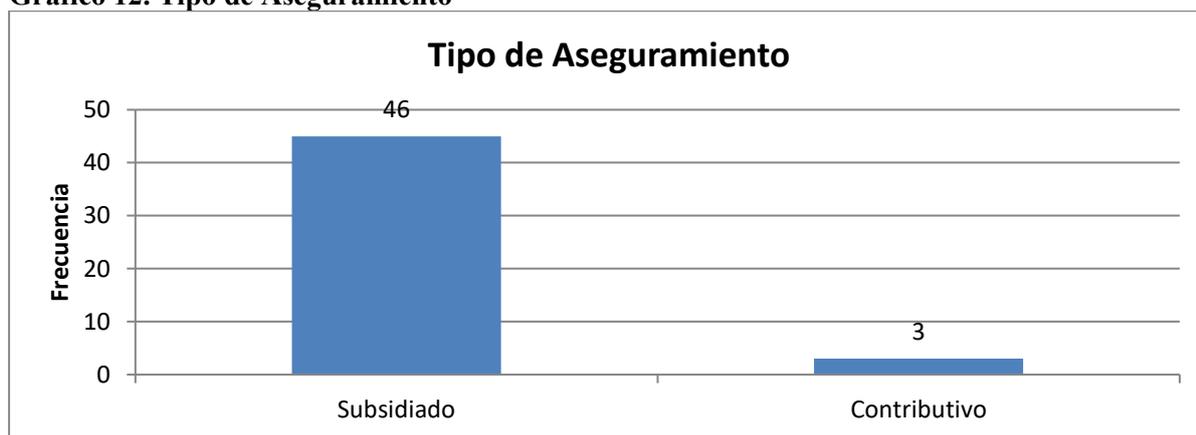
**Gráfico 11. Frecuencia del seguimiento en salud mental (consultas/año)**



*Fuente: Elaboración propia (2025)*

La mayoría de los pacientes asiste entre 1 y 4 consultas anuales de seguimiento en salud mental, con una frecuencia modal de 2 consultas por año. Solo un pequeño grupo tiene consultas más frecuentes (5-6 por año) o ninguna consulta registrada. Esto sugiere que el seguimiento es variable, posiblemente influenciado por la gravedad del trastorno, acceso a servicios y adherencia al tratamiento, aspectos críticos para el manejo efectivo del TDAH.

**Gráfico 12. Tipo de Aseguramiento**

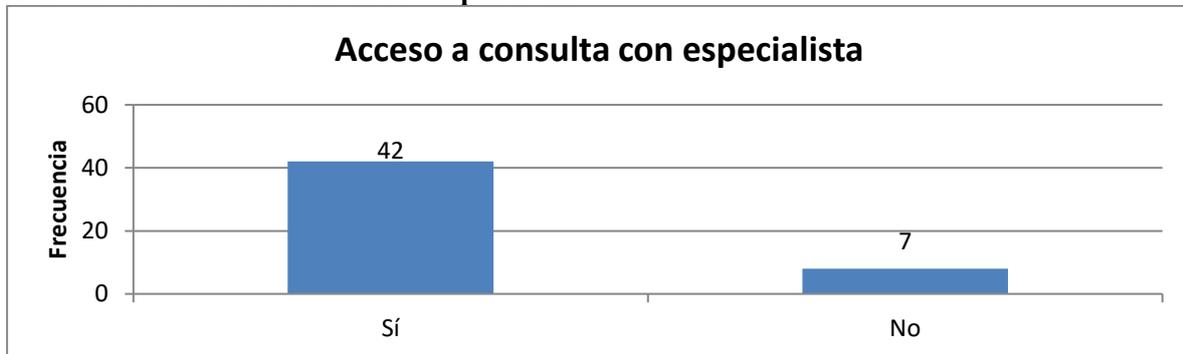


*Fuente: Elaboración propia (2025)*

La gran mayoría de los pacientes (94%) están afiliados al régimen subsidiado, reflejando que la muestra proviene principalmente de poblaciones vulnerables con menores recursos económicos. Solo un pequeño grupo (6%) pertenece al régimen contributivo, asociado a trabajadores formales o

personas con mayor capacidad de pago. Esta distribución puede afectar el acceso y la calidad del tratamiento recibido, ya que el régimen subsidiado suele tener limitaciones en cobertura y recursos.

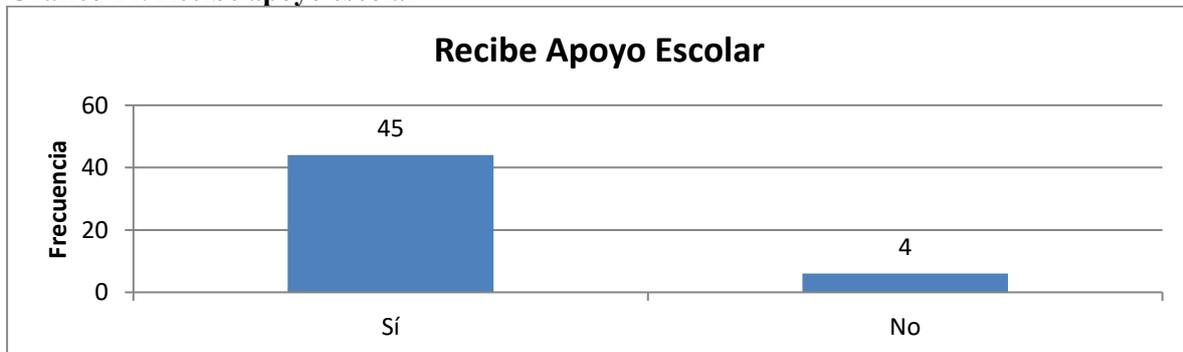
**Gráfico 13. Acceso a consulta con especialista**



*Fuente: Elaboración propia (2025)*

La mayoría de los pacientes (85,71%) tiene acceso a consultas con especialistas como psicología, neurología o psiquiatría, lo que es fundamental para un manejo integral del TDAH. Sin embargo, un 14,29% no cuenta con este acceso, lo que puede limitar la calidad y efectividad del tratamiento. El acceso a especialistas suele depender del régimen de aseguramiento, la disponibilidad de servicios en la zona de residencia y la gestión de la EPS, factores clave para garantizar atención oportuna y adecuada.

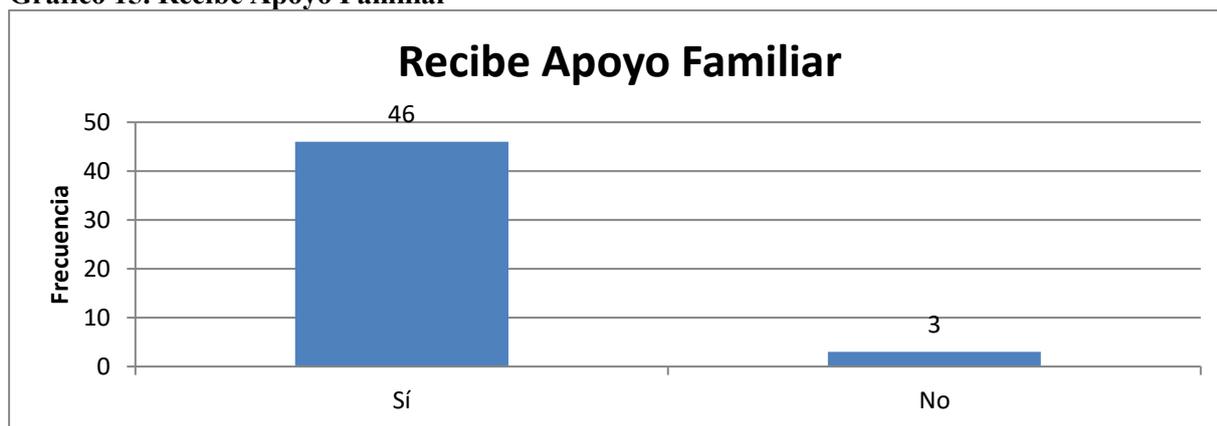
**Gráfico 14. Recibe apoyo escolar**



*Fuente: Elaboración propia (2025)*

Un porcentaje mayoritario, del 91,84% de los niños con TDAH, recibe apoyo escolar, lo cual resulta indispensable para la mejora de su desempeño académico y social dentro del entorno educativo en el cual se desenvuelven. Aun así, un 8,16% de los encuestados no cuenta con ese apoyo, lo que podría aumentar el riesgo de exclusión e incluso fracaso escolar.

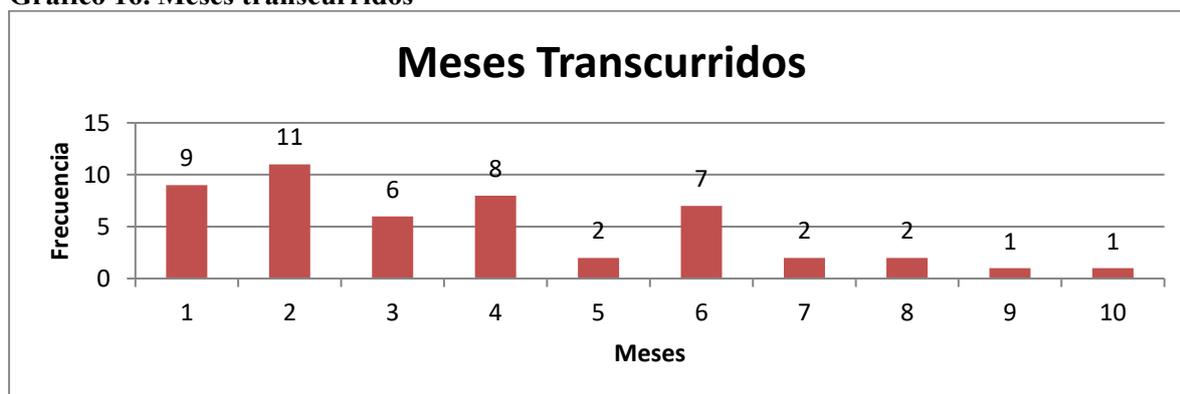
**Gráfico 15. Recibe Apoyo Familiar**



*Fuente: Elaboración propia (2025)*

La encuesta muestra que 46 de los 49 encuestados recibe apoyo familiar, lo que refleja un aspecto positivo dado el rol importante de la familia en el manejo del trastorno. Solo 3 de los encuestados no recibe este apoyo, y pueden enfrentar mayores desafíos de adaptación y de superación de retos asociados al TDAH.

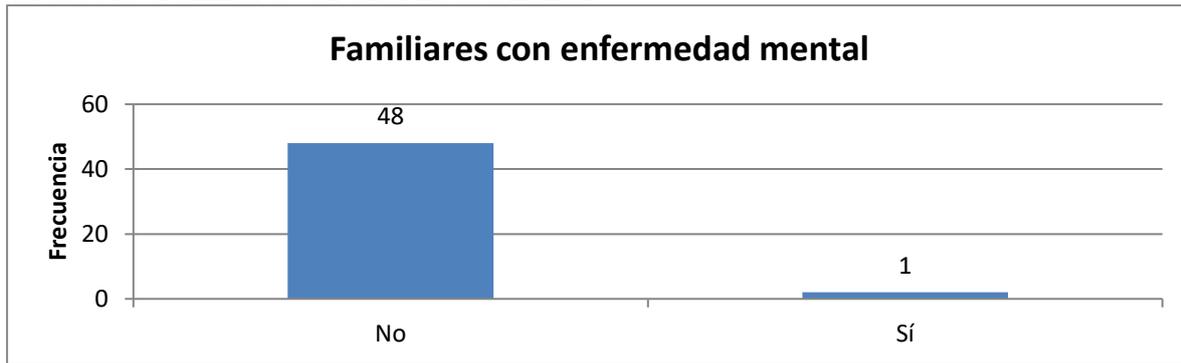
**Gráfico 16. Meses transcurridos**



*Fuente: Elaboración propia (2025)*

La mayoría de los diagnósticos se realiza entre 1 y 4 meses después de la sospecha, lo que indica un tiempo relativamente corto para confirmar el diagnóstico en la mayoría de los casos. Sin embargo, existen algunos casos con demoras significativas, como 12 y 36 meses, que pueden reflejar dificultades en el acceso a servicios especializados o procesos diagnósticos más complejos.

**Gráfico 17. Familiares con enfermedad mental**



*Fuente: Elaboración propia (2025)*

La gran mayoría de los pacientes (98%) no tiene familiares de primer grado con diagnóstico de enfermedad mental, mientras que solo un pequeño porcentaje (2%) sí presenta esta condición en su familia cercana. Esto sugiere que, en esta muestra, la historia familiar de trastornos mentales no es un factor predominante, aunque es importante considerar que la ausencia de antecedentes familiares no excluye la presencia de trastornos mentales, dado que estos pueden tener etiologías multifactoriales que incluyen factores ambientales y genéticos.

### **Prevalencia**

$$Prevalencia = \frac{\text{Número de casos de TDAH}}{\text{Total de sujetos evaluados}} \times 100$$

Aplicando los datos de la muestra:

*Número de casos de TDAH: 49 (todos los sujetos de la muestra)*

Total, de sujetos evaluados: 17.187

$$Prevalencia = \frac{49}{17187} \times 100 = 0.29\%$$

Se identificó una prevalencia de TDAH de 0.29% (IC 95%: 0.21% a 0.36%) en pacientes de entre 6 y 18 años atendidos en la clínica durante el año 2023. Esta prevalencia resulta considerablemente inferior a prevalencia en Colombia, donde se estima que el TDAH afecta aproximadamente al 5% a 7% de la población pediátrica en estudios poblacionales.

### **DISCUSIÓN**

Los resultados de este estudio evidencian una prevalencia baja de TDAH en la población pediátrica atendida en un primer nivel de atención en Neiva durante 2023. Esta cifra es inferior a la reportada en

estudios nacionales e internacionales, donde la prevalencia oscila entre el 5% y el 10% en población escolar (Polanczyk et al., 2015; American Psychiatric Association, 2013). Diversos factores podrían explicar esta diferencia, como el subregistro o subdiagnóstico del TDAH, atribuido a errores en la codificación diagnóstica, limitaciones de tiempo en consulta y escasa formación específica del personal de salud en el primer nivel de atención (Barkley, 2015).

Además, es común que los casos confirmados de TDAH sean referidos a niveles asistenciales superiores, lo que podría concentrar los diagnósticos en instituciones especializadas y disminuir su registro en el primer nivel. En cuanto a las características sociodemográficas, la mayoría de los pacientes pertenecían a estratos socioeconómicos bajos y al régimen subsidiado de salud, lo que coincide con investigaciones previas que destacan las barreras de acceso a diagnóstico y tratamiento en poblaciones vulnerables (Barkley, 2015; Nigg, 2017). La edad de diagnóstico predominante estuvo entre los 6 y 8 años, etapa en la que los síntomas de inatención e hiperactividad suelen hacerse más evidentes en el contexto escolar, en concordancia con lo descrito por la American Psychiatric Association (2013).

Respecto a los subtipos de TDAH, el predominio del subtipo hiperactivo-impulsivo seguido del inatento y combinado es consistente con la literatura, que señala una mayor frecuencia de síntomas de hiperactividad en varones y de inatención en mujeres (Nigg, 2017). Este hallazgo es relevante para orientar intervenciones diferenciadas según el perfil clínico de cada paciente. Además, la alta frecuencia de comorbilidades, especialmente trastornos de conducta y dificultades de aprendizaje, refuerza la complejidad del TDAH y la necesidad de abordajes multidisciplinarios, como lo sugieren Pliszka (2015) y Chronis-Tuscano et al. (2010).

En relación con el tratamiento, la preferencia por intervenciones no farmacológicas, como la psicoterapia y la terapia conductual, refleja una tendencia hacia enfoques integrales, aunque también puede estar relacionada con limitaciones en el acceso a medicamentos en el sistema subsidiado. El hecho de que un porcentaje significativo de pacientes no reciba tratamiento es preocupante, ya que el TDAH no tratado puede afectar negativamente el desarrollo académico y social (Chronis-Tuscano et al., 2010). Asimismo, la variabilidad en la frecuencia de seguimiento en salud mental indica desafíos en la continuidad y adherencia terapéutica. El acceso a consulta con especialistas fue alto, lo que



favorece el manejo adecuado del trastorno; sin embargo, el grupo de pacientes sin acceso representa una población vulnerable que podría experimentar retrasos en el diagnóstico y tratamiento.

El apoyo escolar, recibido por la mayoría de los pacientes, constituye un factor protector fundamental, en línea con lo reportado por Barkley (2015), quien resalta la importancia de un entorno educativo adaptado para estos niños. Una limitación relevante del estudio es la baja prevalencia de antecedentes familiares de enfermedad mental (2%), cifra que contrasta con la alta heredabilidad del TDAH reportada en la literatura (Faraone et al., 2015). Esta discrepancia puede deberse a la falta de información familiar en los registros clínicos o a la heterogeneidad genética del trastorno; además, el diseño transversal y la recolección retrospectiva de datos limitan la capacidad para establecer relaciones causales y pueden estar sujetos a sesgos de información.

Los hallazgos de este estudio confirman la complejidad clínica y social del TDAH en contextos vulnerables y subrayan la necesidad de fortalecer las estrategias de detección precoz, garantizar el acceso equitativo a tratamientos integrales y promover el apoyo familiar y escolar. Es fundamental continuar investigando las barreras específicas que enfrentan las poblaciones subsidiadas para optimizar la atención y reducir las brechas en salud mental infantil en Colombia (Nigg, 2017; Barkley, 2015).

## **CONCLUSIONES**

El estudio permitió evidenciar que la prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la población pediátrica atendida en un primer nivel de atención en Neiva durante el año 2023 es inferior a la reportada en la literatura nacional e internacional, lo que sugiere la existencia de subregistro, subdiagnóstico y la posible derivación de los casos a niveles asistenciales superiores. Se identificó que la mayoría de los pacientes pertenecen a estratos socioeconómicos bajos y al régimen subsidiado de salud, lo que refleja las barreras estructurales y sociales que dificultan el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento, situación que puede repercutir negativamente en el pronóstico y la calidad de vida de los niños afectados.

El diagnóstico se realizó con mayor frecuencia en la edad escolar temprana, especialmente entre los 6 y 8 años, etapa en la que los síntomas suelen hacerse más evidentes y afectan el rendimiento académico y social. En cuanto a las características clínicas, el subtipo hiperactivo-impulsivo fue el



más frecuente, seguido del inatento y combinado, y se observó una alta prevalencia de comorbilidades, principalmente trastornos de conducta y dificultades de aprendizaje, lo que confirma la complejidad clínica del TDAH y la necesidad de abordajes multidisciplinarios e integrales.

Si bien la mayoría de los pacientes accedió a intervenciones no farmacológicas, persisten limitaciones en el acceso a tratamiento farmacológico y un porcentaje relevante no recibió ningún tipo de intervención, lo que representa un riesgo para su desarrollo integral. A partir de estos hallazgos, se recomienda fortalecer los procesos de capacitación del personal de salud en el primer nivel de atención para mejorar la detección precoz y la correcta codificación diagnóstica, así como garantizar la continuidad y el acceso equitativo a tratamientos integrales, incluyendo tanto intervenciones farmacológicas como psicoterapéuticas.

Es fundamental promover el apoyo escolar y familiar, y diseñar estrategias específicas para reducir las barreras socioeconómicas que afectan a esta población vulnerable. Futuros estudios deberían profundizar en la identificación de factores contextuales y estructurales que limitan el diagnóstico y tratamiento del TDAH en contextos similares, así como evaluar la efectividad de intervenciones orientadas a mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los niños con TDAH en Colombia y en la región. Estos esfuerzos contribuirán a una atención más equitativa, integral y basada en la evidencia para los pacientes pediátricos con TDAH.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arias Valencia, M. M. (2012). La revisión de historias clínicas como método de investigación. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 203-206.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment (4th ed.)*. New York: Guilford Press.
- Botero-Franco, D., Palacio-Ortíz, J. D., Arroyave-Sierra, P., & Piñeros-Ortíz, S. (2016). Implicaciones clínicas de los cambios del DSM-5 en psiquiatría infantil. Fortalezas y debilidades de los cambios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(3), 201-213.



- Carrizosa, J., & Grisales, H. (2018). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos.
- Chronis-Tuscano, A., Seymour, K. E., Stein, M. A., Jones, H. A., Jiles, C. D., Rooney, M. E., & Pian, J. (2010). Efficacy of behavioral parent training for youth with ADHD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 605-621.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). (2016). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos.
- Cunill, R. (2014). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- Faraone, S. V., Larsson, H. (2015). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 20(3), 289-297.
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5th ed.).
- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90(suppl\_1), i2-i7.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.).
- Molinar, J., & Valles, C. (2018). Estigma en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH por maestros de educación básica. *Preliminar de una intervención psicoeducativa*, 17, 167-174.
- Nigg, J. T. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clinical Psychology Review*, 53, 1-13.
- Pineda, D. A., Puerta, I. C., Merchán, V., Arango, C. P., & Galvis, A. Y. (2003). Factores perinatales asociados con la aparición del trastorno por deficiencia de atención en niños de la comunidad colombiana 'paisa'. *Revista de Neurología*, 36(7), 609-613.
- Pliszka, S. R. (2015). Comorbid psychiatric disorders in children with ADHD. *Pediatric Clinics of North America*, 62(3), 525-541.
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2015). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434-442.



Salari, N., Ghasemi, H., Abdoli, N., Rahmani, A., Shiri, M. H., Hashemian, A. H., et al. (2023). The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 49(1), 48.

