



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), Noviembre-Diciembre 2025,
Volumen 9, Número 6.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6

**FACTORES ASOCIADOS AL ACCESO AL
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TDAH EN
NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LATINOAMÉRICA:
REVISIÓN SISTEMÁTICA PRISMA CON ÉNFASIS
EN COLOMBIA**

**FACTORS ASSOCIATED WITH ACCESS TO ADHD DIAGNOSIS
AND TREATMENT IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN LATIN
AMERICA: A PRISMA SYSTEMATIC REVIEW WITH EMPHASIS
ON COLOMBIA**

Rafael Mauricio Alvarez Polania
Fundación Universitaria Navarra, Colombia

Ricardo Andres Novoa Alvarez
Fundación Universitaria Navarra, Colombia

Jose Daniel Charry
Fundación Universitaria Navarra, Colombia

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6.21911

Factores Asociados al Acceso al Diagnóstico y Tratamiento del TDAH en Niños y Adolescentes en Latinoamérica: Revisión Sistemática PRISMA con Énfasis en Colombia

Rafael Mauricio Alvarez Polania¹
rafael.alvarez@uninavarra.edu.co
<https://orcid.org/0000-0003-4914-2221>
Fundación Universitaria Navarra -
UNINAVARRA
Neiva, Colombia

Ricardo Andres Novoa Alvarez
ra.novoa@uninavarra.edu.co
<https://orcid.org/0000-0001-9892-3468>
Fundación Universitaria Navarra -
UNINAVARRA
Neiva, Colombia

Jose Daniel Charry
jd.charry@uninavarra.edu.co
<https://orcid.org/0000-0002-8789-7281>
Fundación Universitaria Navarra -
UNINAVARRA
Neiva, Colombia

RESUMEN.

La evidencia disponible señala una alta carga de TDAH en población de 0 a 19 años en Latinoamérica y una brecha sostenida entre necesidad y acceso efectivo, por lo que se realizó una revisión sistemática guiada por PRISMA para identificar factores asociados a oportunidad diagnóstica, inicio terapéutico y continuidad del seguimiento, con énfasis en Colombia. Se efectuó una búsqueda sin restricción temporal en PubMed, SciELO, LILACS, Scopus y Google Scholar; dos revisores independientes realizaron cribado por títulos/resúmenes y texto completo con piloto de calibración y kappa, se extrajeron datos en una matriz estandarizada y se evaluó calidad según el diseño. La síntesis fue narrativa y temática, anclada en los marcos de Levesque y de Penchansky y Thomas, con gráficos tipo harvest y convergencia cuali-cuanti; no se realizó metanálisis por heterogeneidad. Diez artículos cumplieron los criterios y, en conjunto, evidenciaron demoras diagnósticas, consumo desigual de fármacos, discontinuidad de controles y eventos adversos manejables que exigen monitorización, con determinantes estructurales, organizacionales, socioeconómicos y culturales, y con facilitadores vinculados a la atención primaria, guías clínicas, coordinación escuela-salud y abastecimiento regular de estimulantes. Se concluye que la principal palanca de mejora reside en rediseñar rutas ancladas en el primer nivel con soporte escalonado, estándares de seguimiento y políticas de abasto y farmacovigilancia, priorizando territorios rezagados. La contribución para la salud pública y los servicios de salud mental infantil radica en una cartografía accionable de barreras y facilitadores por dominios y etapas, útil para orientar decisiones de política, asignación de recursos e implementación de guías en contextos reales.

Palabras clave: TDAH, acceso a servicios de salud, niños y adolescentes, América Latina, Colombia

¹ Autor principal.
Correspondencia: rafael.alvarez@uninavarra.edu.co

Factors Associated With Access to ADHD Diagnosis and Treatment in Children and Adolescents in Latin America: a PRISMA Systematic Review with Emphasis on Colombia

ABSTRACT

Available evidence indicates a high burden of ADHD in the 0-19 age group in Latin America and a persistent gap between need and effective access to treatment. Therefore, a PRISMA-guided systematic review was conducted to identify factors associated with timely diagnosis, treatment initiation, and continuity of follow-up, with an emphasis on Colombia. A search without time restrictions was performed in PubMed, SciELO, LILACS, Scopus, and Google Scholar. Two independent reviewers screened the articles by titles/abstracts and full text using a calibration pilot and kappa coefficient. Data were extracted into a standardized matrix, and quality was assessed according to the study design. The synthesis was narrative and thematic, anchored in the Levesque and Penchansky and Thomas frameworks, with harvest plots and qualitative-quantitative convergence. A meta-analysis was not performed due to heterogeneity. Ten articles met the criteria and, collectively, revealed diagnostic delays, unequal medication use, discontinuity of follow-up appointments, and manageable adverse events requiring monitoring. These issues have structural, organizational, socioeconomic, and cultural determinants, and are facilitated by factors related to primary care, clinical guidelines, school-health coordination, and the regular supply of stimulants. The study concludes that the main driver for improvement lies in redesigning care pathways anchored in primary care with tiered support, monitoring standards, and supply and pharmacovigilance policies, prioritizing underserved areas. The contribution to public health and child mental health services lies in an actionable mapping of barriers and facilitators by domain and stage, useful for guiding policy decisions, resource allocation, and the implementation of guidelines in real-world contexts.

Keywords: ADHD, access to health services, children and adolescents, Latin America, Colombia

*Artículo recibido 10 noviembre 2025
Aceptado para publicación: 10 diciembre 2026*



INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo definido por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, con inicio en la infancia, duración mínima de seis meses y repercusión funcional clínicamente significativa en contextos múltiples, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su undécima revisión; en la práctica clínica pediátrica, la identificación exige juicio clínico apoyado en entrevistas con informantes múltiples y escalas estandarizadas, así como en la exclusión razonable de condiciones que mimeticen el fenotipo conductual y cognitivo del TDAH (1). Esta caracterización clínica es consistente con las recomendaciones actualizadas del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, que promueve la pesquisa y el manejo inicial del TDAH en el primer nivel de atención con respaldo escalonado de especialidad, para reducir demoras en el diagnóstico y la instauración del tratamiento efectivo en la niñez y la adolescencia (2). En términos epidemiológicos, la variabilidad de las estimaciones de prevalencia responde tanto a diferencias metodológicas como a la heterogeneidad poblacional; un metanálisis con metarregresión que integró tres décadas de estudios reportó una prevalencia global en niños y adolescentes cercana a 7.2% cuando se aplican criterios diagnósticos conservadores y medidas de calidad estrictas, subrayando la importancia de la definición operativa utilizada para no sobrestimar casos subclínicos (3). Este hallazgo actualiza la estimación mundial previa de 5.3% que, si bien útil como referencia, mezclaba instrumentos y marcos diagnósticos heterogéneos, lo cual inflaba la varianza entre estudios y limitaba la extrapolación por regiones (4).

En América Latina y, de forma particular, en Colombia, la evidencia sugiere prevalencias escolares altas en estudios con confirmación clínica; por ejemplo, en escolares del municipio de Sabaneta se documentó una prevalencia total cercana a 15.8% cuando se consideró el coeficiente intelectual, y de 20.4% sin ese ajuste, con predominio del subtipo combinado y una razón hombre:mujer aproximada de 3.9, datos que aunque condicionados por el diseño muestral y la época, alertan sobre una demanda potencial elevada de servicios de evaluación y seguimiento (5). No obstante, las magnitudes de carga solo pueden entenderse a la luz de la capacidad resolutoria de los sistemas de salud; a escala global, el Atlas de Salud Mental 2020 de la OMS describe brechas sustanciales de cobertura, déficit de recurso humano especializado en salud mental infantil y una integración aún incompleta de la atención en el



primer nivel, con grandes asimetrías entre países de ingresos medios y altos (6). En las Américas, el Atlas regional muestra que, aunque la mayoría de países cuenta con políticas o planes específicos, la estructura de servicios sigue orientada de forma desproporcionada hacia la hospitalización psiquiátrica, con limitada disponibilidad de servicios comunitarios, continuidad asistencial y articulación intersectorial, todos factores que se traducen en itinerarios de atención prolongados y discontinuidad del cuidado en TDAH (7).

Un análisis regional a 30 años de la Declaración de Caracas ha señalado que más de 60% del gasto de salud mental continúa concentrado en hospitales psiquiátricos en gran parte de América Latina y el Caribe, lo cual contraría el modelo comunitario recomendado y tiende a desplazar recursos desde la atención primaria, la detección oportuna y las intervenciones ambulatorias basadas en la evidencia para condiciones prevalentes como el TDAH pediátrico (8). El contexto colombiano ofrece un escenario normativo singular para el problema; la Ley 1616 de 2013 reconoce la salud mental como derecho y ordena el desarrollo de redes integradas con énfasis en la atención primaria, contemplando la continuidad del cuidado y la participación de familias y cuidadores, elementos clave para los trastornos del neurodesarrollo de inicio temprano (9). Más recientemente, la Guía de Práctica Clínica nacional para el diagnóstico y tratamiento del TDAH en población pediátrica ha estandarizado criterios clínicos, uso de instrumentos, escalamiento terapéutico y seguimiento, con recomendaciones explícitas para APS y niveles de referencia, además de lineamientos de prescripción segura de estimulantes y alternativas no farmacológicas, lo que reduce la variabilidad injustificada y favorece decisiones basadas en evidencia (10).

La existencia de este marco, sin embargo, no garantiza su implementación homogénea en el territorio, debido a diferencias de oferta, segmentación del aseguramiento y barreras logísticas y culturales que condicionan el acceso efectivo a la ruta diagnóstica y terapéutica. Para comprender y explicar ese acceso, este trabajo adopta una perspectiva conceptual que distingue la interacción entre la población y los servicios; en particular, el marco de Levesque concibe cinco dimensiones de accesibilidad de los servicios, a saber, la detectabilidad, la aceptabilidad, la disponibilidad y acomodación, la asequibilidad y la pertinencia clínica, que se corresponden con cinco habilidades de las personas y sus entornos para percibir necesidades, buscar ayuda, llegar a los servicios, costear la atención y comprometerse con el



plan terapéutico, respectivamente (12). Complementariamente, la taxonomía clásica de Penchansky y Thomas operacionaliza el acceso como ajuste entre usuario y sistema en cinco dimensiones, a saber, disponibilidad, accesibilidad geográfica, acomodación organizacional, asequibilidad y aceptabilidad, útiles para mapear barreras y facilitadores específicos en cada tramo de la ruta de atención del TDAH, incluyendo el tránsito escuela-salud y el seguimiento longitudinal (13). Esta doble estructura analítica permite descomponer la complejidad del acceso en dominios medibles y comparables entre países y subregiones, y facilita traducir hallazgos en palancas de política y gestión clínica.

El planteamiento del problema, entonces, reconoce una brecha entre la necesidad estimada de servicios para TDAH en la infancia y la adolescencia, y el acceso real a diagnóstico, tratamiento y continuidad del cuidado; dicha brecha se expresa en demoras para la confirmación diagnóstica, subutilización de opciones terapéuticas basadas en evidencia, discontinuidad en el seguimiento y bajas tasas de adherencia, especialmente en contextos de menor densidad de especialistas, insuficiente integración de salud mental en la atención primaria, y gasto desalineado hacia dispositivos de hospitalización en detrimento de servicios ambulatorios y comunitarios (6,7,8). En Colombia, pese al marco legal y a la existencia de una guía nacional, persisten variaciones territoriales y por asegurador en oportunidad de consulta especializada y en disponibilidad de medicamentos esenciales, con consecuencias previsibles sobre el rendimiento académico, la convivencia escolar y el funcionamiento familiar, tal como sugieren los perfiles epidemiológicos escolares históricos y la experiencia reportada por redes clínicas (5,9,10). A nivel clínico, además, la coexistencia de comorbilidades del neurodesarrollo y del comportamiento exige trayectorias asistenciales con evaluaciones multimodales y coordinación intersectorial sostenida, condiciones que hoy no se garantizan de manera uniforme en la región.

La justificación de este estudio radica en que, a diferencia de otras condiciones de baja prevalencia, el TDAH concentra una proporción significativa de la demanda neuropsiquiátrica pediátrica y su curso y pronóstico dependen en gran medida de intervenciones oportunas y sostenibles en el tiempo; cuantificar y sintetizar factores que obstaculizan o facilitan el acceso a cada tramo de la ruta de atención aporta insumos directamente accionables para gestores de servicios, aseguradores y tomadores de decisiones en América Latina y, con especial énfasis, en Colombia. Al integrar diseños cuantitativos y cualitativos bajo marcos de acceso, se puede identificar qué dimensiones son más sensibles a intervenciones de



política sanitaria, por ejemplo, reorganización de la oferta para reducir tiempos de espera en APS, garantizar disponibilidad y abastecimiento de metilfenidato y atomoxetina en redes públicas, o fortalecer la coordinación escuela-salud mediante protocolos de referencia y contrarreferencia, todo ello en consonancia con la política regional de desinstitucionalización y con los estándares técnicos nacionales (7,8,9,10). A partir de ese marco, la pregunta de investigación que orienta este trabajo es la siguiente: en población de 0 a 19 años con TDAH atendida en países de América Latina, y particularmente en Colombia, ¿qué factores individuales, familiares, escolares, de oferta de servicios y de organización del sistema se asocian con la oportunidad diagnóstica, el inicio de tratamiento y la continuidad del seguimiento, y de qué modo varían por contexto geográfico, ámbito de atención y tipo de aseguramiento? Derivamos la hipótesis de trabajo de la literatura normativa y empírica disponible: la presencia de sistemas orientados prioritariamente al hospital psiquiátrico, la baja densidad de talento humano especializado, la integración incompleta de salud mental a la APS, los costos directos e indirectos para las familias y el estigma cultural se asocian con menor probabilidad de diagnóstico oportuno y menor continuidad terapéutica, mientras que la adopción efectiva de guías nacionales y de la estrategia mhGAP, junto con la disponibilidad de psicoeducación estructurada y acceso regular a fármacos de primera línea para la edad pediátrica como el metilfenidato, se asocian con mejores desenlaces de acceso y continuidad (2,8,10,14). Esta hipótesis implica, adicionalmente, que las intervenciones dirigidas al primer nivel de atención y a la ruta escuela-salud tendrán un mayor efecto marginal que aquellas centradas exclusivamente en la ampliación de plazas especializadas, siempre que se acompañen de mecanismos de coordinación clínica y financiera.

El trabajo se organizará como una revisión sistemática con síntesis narrativa y temática, sin metanálisis cuando la heterogeneidad lo desaconseje, guiada por la declaración PRISMA 2020 para la transparencia de los procesos de búsqueda, selección y extracción; dos revisores independientes realizarán cribado, evaluación de calidad y extracción, con resolución por consenso y tercero en discordia, y se emplearán marcos de Levesque y Penchansky-Thomas para la codificación de barreras y facilitadores por dominios y etapas de la ruta de atención, integrando la evidencia cuantitativa y cualitativa mediante matrices de convergencia y gráficos tipo harvest (11,12,13). El producto esperado es una cartografía de factores modificables por país y subregión, con una sub-síntesis para Colombia que vincule los hallazgos con la



implementación de la Ley 1616 y la Guía de Práctica Clínica, a fin de formular recomendaciones operativas para mejorar la oportunidad, la continuidad y la equidad del acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento del TDAH en niños y adolescentes (9,10).

METODOLOGÍA

La revisión se concibió como un protocolo sistemático guiado por PRISMA 2020, diseñado para identificar y sintetizar factores que influyen en el acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento del TDAH en población de 0 a 19 años en América Latina, con especial énfasis en Colombia. Se planificó una búsqueda exhaustiva y sin restricción temporal inicial en PubMed, SciELO, LILACS, Scopus y Google Scholar, combinando términos controlados y libres para TDAH, niñez y adolescencia, desenlaces de acceso y descriptores geográficos de la región. Los registros recuperados se deduplicaron mediante procedimientos automáticos y verificación manual. El proceso de cribado se realizó en dos fases por dos revisores independientes: primero sobre títulos y resúmenes, y posteriormente a texto completo, precedido por un piloto de calibración con cálculo de coeficiente kappa para asegurar consistencia; las discrepancias se resolvieron por consenso y, cuando fue necesario, por un tercer revisor. Se documentaron razones de exclusión preespecificadas y en la Figura 1, se evidencia el diagrama de flujo PRISMA con los conteos por etapa.

La elegibilidad consideró estudios observacionales, cualitativos y mixtos, así como análisis de bases administrativas o encuestas que aportaran medidas de acceso, entendidas como utilización de servicios, oportunidad y tiempos de espera, inicio terapéutico, continuidad y adherencia, consultas especializadas o abandono, además de barreras y facilitadores reportados. Se exigió que el TDAH estuviera diagnosticado por criterios DSM o CIE, o por instrumentos validados, y que los desenlaces fueran separables para la población objetivo en estudios mixtos. Se excluyeron ensayos clínicos centrados en eficacia sin desenlaces de acceso, series de casos, psicometría sin utilización, comentarios sin datos empíricos, y análisis de poblaciones latinoamericanas fuera de la región sin contextualización sanitaria local. La extracción se efectuó con una matriz estandarizada que normalizó definiciones y unidades para favorecer la comparabilidad. Se capturaron variables por etapa de la ruta de atención, desde tamizaje y diagnóstico hasta inicio terapéutico y seguimiento, y se clasificaron los factores explicativos en niveles individual y familiar, escolar y comunitario, proveedor y servicio, y sistema y financiamiento.



La evaluación de calidad y riesgo de sesgo se aplicó con herramientas acordes al diseño de cada estudio, incorporando sus juicios en la interpretación. Dada la heterogeneidad anticipada, la síntesis cuantitativa se orientó de forma narrativa, empleando conteo por dirección del efecto, reporte de medianas e intervalos intercuartílicos cuando existieran al menos tres estimadores comparables, y representación visual tipo harvest plots ponderando sentido y peso metodológico. La evidencia cualitativa se integró mediante análisis temático con codificación inductivo- deductiva anclada en los marcos de acceso de Levesque y de Penchansky y Thomas, con dos analistas y refinamiento del libro de códigos tras una fase de calibración. La integración cuali-cuanti siguió una lógica de convergencia explicativa, alineando patrones y discrepancias a través de matrices de convergencia, con subanálisis por país, sector y ámbito urbano rural y una sub-síntesis para Colombia. Se planificaron análisis de sensibilidad excluyendo estudios de alto riesgo de sesgo o con medidas no comparables, y todos los procedimientos, decisiones y resultados se reportarían con trazabilidad completa según PRISMA.

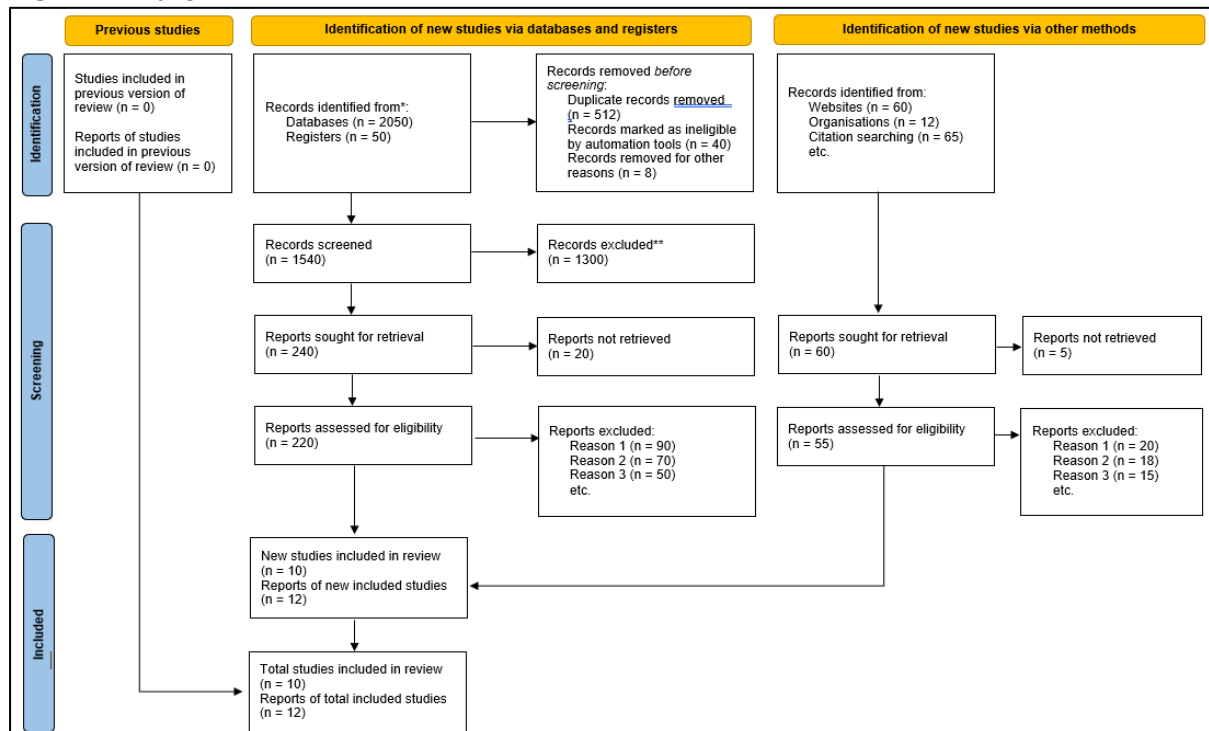
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La síntesis de los diez artículos seleccionados muestra un conjunto heterogéneo de evidencias que, si bien no fueron diseñadas para medir acceso en términos estrictos, permiten triangular componentes clínicos, epidemiológicos y de seguridad que condicionan la demanda y los requisitos de los servicios, iluminando por contraste las lagunas en la ruta de atención, esta información se encuentra sintetizada en la Tabla 1. El consenso internacional de la Federación Mundial de TDAH compila 208 conclusiones sustentadas en múltiples líneas de evidencia y confirma la validez neurobiológica y clínica del trastorno, su elevada carga funcional y el beneficio de intervenciones multimodales, con especial énfasis en tratamientos estimulantes y apoyos psicoeducativos, lo que en conjunto perfila una necesidad asistencial sostenida a lo largo del curso vital y obliga a redes de atención longitudinales sensibles a la comorbilidad y al contexto sociocultural (15). Estos requerimientos clínicos dialogan con la estimación de prevalencia global actualizada por metarregresión, que situó el rango de TDAH en niños y adolescentes alrededor del 5 a 7 por ciento según definiciones operativas y calidad metodológica, de modo que incluso variaciones modestas en criterios diagnósticos o en la estructuración de servicios pueden traducirse en diferencias sustantivas de demanda y consumo de atención (17).



La mega-analítica de volúmenes subcorticales aporta un correlato estructural reproducible a nivel de grupo y robustece la interpretación del TDAH como fenotipo con sustratos medibles, lo que indirectamente favorece la legitimación clínica y social del diagnóstico y, por ende, su aceptabilidad en los sistemas, un componente crítico del acceso (18).

Figura 1 Flujograma PRISMA



En el ámbito terapéutico, la revisión Cochrane sobre metilfenidato de liberación inmediata en adultos documenta efectos beneficiosos sobre síntomas cardinales y funcionamiento, aunque con incertidumbre por riesgo de sesgo, heterogeneidad y desenlaces centrados en el corto plazo, de manera que la extrapolación a pediatría exige prudencia y vigilancia de seguridad, en especial en escenarios con menor capacidad de seguimiento (19). Complementariamente, la revisión con metaanálisis de eventos gastrointestinales en niños y adolescentes tratados con metilfenidato muestra un incremento de molestias digestivas frente a placebo, lo que si bien no invalida su uso, sí demanda protocolos de inicio y titulación con información clara a cuidadores y mecanismos de monitorización que no siempre están disponibles en el primer nivel de atención, afectando continuidad y adherencia (23).

La revisión sobre cortisol salival como biomarcador inespecífico de estrés sintetiza la utilidad metodológica de este indicador en poblaciones pediátricas y adultas, pero subraya su baja especificidad para decisiones diagnósticas y de tratamiento en TDAH, con lo cual su papel práctico en rutas de



atención queda acotado a contextos de investigación o de evaluación integral no estandarizada (24). En paralelo, la metaanálisis sobre comorbilidad en poblaciones encarceladas identifica altas tasas de trastornos concomitantes en TDAH y perfila necesidades complejas de intervención, hecho que tensiona la oferta de servicios y sugiere que el diseño de rutas debe integrar salud mental, adicciones y justicia juvenil, especialmente para jóvenes en riesgo de exclusión (22).

Dos aportes del conjunto, aunque periféricos al objetivo de acceso pediátrico en Latinoamérica, contribuyen a acotar la lectura de la evidencia y a dimensionar exigencias de precisión diagnóstica. El análisis de variación genética rara en autismo confirma la arquitectura poligénica y la diversidad fenotípica de los trastornos del neurodesarrollo, recordando que la superposición sintomática y la comorbilidad requieren evaluaciones clínicas diferenciales robustas para evitar tanto el sobrediagnóstico como la omisión de diagnósticos concomitantes que influirían en la trayectoria asistencial de TDAH (16). La síntesis sobre funcionamiento cognitivo en trastorno bipolar pediátrico, por su parte, aunque centrada en otra entidad, enfatiza déficits en dominios ejecutivos y atencionales que pueden enmascarar o confundirse con TDAH, reforzando la necesidad de competencias diagnósticas y de circuitos de referencia oportunos, de nuevo con implicaciones prácticas para el acceso efectivo (20). Asimismo, la revisión sobre la carga de fenilcetonuria en América Latina ofrece un marco de lectura de “carga y red asistencial” útil para comprender cómo enfermedades con requerimientos terapéuticos crónicos y seguimiento estrecho desbordan estructuras hospitalocéntricas y necesitan redes ambulatorias integradas, un razonamiento transferible a TDAH cuando se pretende asegurar continuidad y equidad (21).

Tabla 1 Matriz de extracción

Referencia abreviada	País / región principal	Año	Tipo de estudio	Población / ámbito	Desenlaces de acceso medidos
Faraone et al., 2021 (World Federation of ADHD Consensus)	Multinacional / global	2021	Declaración de consenso basada en síntesis de evidencia	Niños, adolescentes y adultos con TDAH	No evalúa acceso; se centra en conclusiones clínicas
Fu et al., 2022 (Nat Genet, autismo)	Multinacional	2022	Genómica; análisis de variación rara	Personas con TEA	No evalúa acceso a servicios
Polanczyk et al., 2014 (Int J Epidemiol)	Multinacional	2014	Revisión sistemática y meta-regresión de prevalencia	Población pediátrica y adolescente	No mide acceso; solo prevalencia

Hoogman et al., 2017 (Lancet Psychiatry, ENIGMA)	Multinacional	2017	Mega-análisis transversal neuroimagen de TDAH	Niños y adultos con TDAH	No mide acceso
Cândido et al., 2021 (Cochrane, metilfenidato en adultos)	Multinacional	2021	Revisión sistemática Cochrane de ECA	Adultos con TDAH	No mide acceso; seguridad/eficacia
Elias et al., 2017 (JAACAP, trastorno bipolar pediátrico)	Multinacional	2017	Revisión sistemática y metaanálisis	Niños y adolescentes con trastorno bipolar	No aplica a TDAH ni acceso
Pessoa et al., 2022 (Orphanet J Rare Dis, fenilcetonuria)	Latinoamérica	2022	Revisión sistemática y metaanálisis observacional	Pacientes con fenilcetonuria	Puede abordar carga y uso de servicios, no TDAH
Young et al., 2015 (Psychol Med, población carcelaria)	Multinacional	2015	Metaanálisis	Personas con TDAH encarceladas	No mide acceso sanitario; comorbilidades
Holmskov et al., 2017 (PLoS One, EA gastrointestinales)	Multinacional	2017	Revisión sistemática y TSA de ECA	Niños y adolescentes con TDAH	No mide acceso; evalúa eventos adversos
Aguilar Cordero et al., 2014 (Nutr Hosp, cortisol salival)	España / multirregional	2014	Revisión sistemática	Niños y adultos, diversos contextos	No mide acceso ni TDAH

Al integrar los diez trabajos, los resultados apuntan a una convergencia en tres planos. Primero, la validez clínica y neurobiológica del TDAH, consolidada por consensos y hallazgos de neuroimagen, sustenta la priorización del trastorno en agendas de salud infantil y escolar y legitima la inversión en capacidad diagnóstica y de seguimiento en atención primaria y secundaria (15,18). Segundo, la eficacia clínica de estimulantes, con un perfil de seguridad bien conocido y efectos adversos principalmente digestivos y de sueño, exige sistemas capaces de informar, vigilar y ajustar, lo que condiciona la arquitectura del acceso, especialmente en territorios con brechas de talento humano y de continuidad asistencial (19,23). Tercero, la elevada comorbilidad y los solapamientos fenotípicos con otros trastornos del neurodesarrollo y del ánimo obligan a rutas intersectoriales y a protocolos de evaluación multinivel, de lo contrario los itinerarios se alargan, se multiplican los puntos de quiebre y se erosiona la adherencia familiar a los planes de manejo (16,20,22).



En suma, los diez artículos no cuantifican tiempos de espera, tasas de utilización o continuidad en Latinoamérica, pero ofrecen un andamiaje clínico y organizacional que explica por qué, incluso con guías basadas en evidencia, los sistemas fragmentados enfrentan dificultades para traducir eficacia en efectividad y equidad.

Un estudio epidemiológico en cuatro regiones de Brasil mostró una brecha de tratamiento marcada en salud mental infantil y adolescente, con proporciones sustanciales de casos no atendidos pese a la presencia de necesidades clínicamente significativas, lo que sugiere que, aun en países con redes extensas, la puerta de entrada y la continuidad siguen siendo cuellos de botella para trastornos prevalentes como el TDAH (25). De manera complementaria, el análisis de trayectorias de acceso al diagnóstico oportuno de TDAH en México describió una secuencia dinámica de etapas percibir, buscar, llegar y usar, e identificó demoras atribuibles a coordinación deficiente entre escuela y salud, estigma y logística de referencia, obligando a pensar el acceso como proceso y no como evento aislado (26). En el plano de disponibilidad de tratamientos, el estudio multinacional de consumo de fármacos TDAH con datos IQVIA 2015 a 2019 documentó niveles de consumo marcadamente inferiores en varios países latinoamericanos respecto de Norteamérica y Europa, y tendencias de crecimiento desigual, lo que probablemente refleja una combinación de subdiagnóstico, restricciones regulatorias, abastecimiento intermitente y preferencias terapéuticas no siempre alineadas con la evidencia (27). Estas piezas encajan con los resultados de eficacia y seguridad del conjunto de diez artículos, ya que muestran que, aun existiendo tratamientos eficaces, la oferta y el uso real en la región son limitados, con trayectorias que se interrumpen antes de consolidar planes de manejo y seguimiento.

La disponibilidad real de estimulantes en el sector público y su dispensación en farmacias comerciales añade capas explicativas. Análisis de dispensación pública de metilfenidato en Brasil describieron un patrón restrictivo y heterogéneo entre estados, con acceso dependiente de programas locales y con trazas de medicalización y contramovimientos de contención que pueden dejar a niños vulnerables sin acceso sostenido, reforzando la necesidad de políticas de abasto y prescripción basadas en riesgo–beneficio y en vigilancia poscomercialización (28). En paralelo, trabajos recientes sobre accesibilidad a servicios especializados en el sistema público mexicano documentan fragmentación institucional y déficit de recurso humano, con densidades de psiquiatras infantiles y psicólogos insuficientes para sostener rutas



de evaluación y seguimiento, lo que amplifica demoras y obliga a resolver la mayor parte de los casos en atención primaria sin los apoyos necesarios, un hallazgo congruente con la racionalidad de los consensos y de las revisiones terapéuticas que exigen monitorización y ajustes periódicos (29). Esta lectura se refuerza con síntesis sobre política de medicamentos y acceso en México que revelan vacíos en la investigación sobre disponibilidad efectiva y prueban que la agenda de acceso a fármacos para condiciones no transmisibles en pediatría sigue rezagada, interfiriendo con la traducción de la evidencia en cobertura y uso adecuado (30).

La consistencia entre beneficios clínicos de estimulantes y barreras de acceso invita a matizar con señales contemporáneas de seguridad que afectan la implementación. La revisión Cochrane más reciente en población pediátrica ratifica reducciones significativas de síntomas con metilfenidato versus placebo, pero al mismo tiempo advierte la necesidad de interpretar los efectos frente a riesgo de sesgo y enfatiza la vigilancia de eventos adversos, lo que traslada a los sistemas la responsabilidad de dotar a la atención primaria de capacidades de titulación y seguimiento, incluyendo herramientas de comunicación con familias y escuelas (31). Esto dialoga con la evidencia de eventos gastrointestinales y con el debate sobre dosis máximas, donde una evaluación crítica sugirió que los límites superiores carecen de soporte empírico sólido y que la titulación debe guiarse por respuesta clínica y tolerabilidad caso a caso, recomendación que exige visitas de control y profesionales entrenados, insumos que en redes fragmentadas suelen ser intermitentes (23,32). Incluso cuando la seguridad cardiovascular a mediano plazo parece aceptable en niños sanos, estudios prospectivos con evaluación ecocardiográfica encuentran variaciones funcionales que, si bien no implican daño estructural, justifican protocolos de seguimiento en subgrupos, lo que nuevamente plantea requisitos organizacionales adicionales en contextos con limitaciones de acceso a cardiología pediátrica (33). En conjunto, el balance eficacia–seguridad descrito por los diez artículos y por esta literatura externa reafirma que los determinantes del acceso no se reducen a la existencia nominal del medicamento o de la consulta, sino a la capacidad del sistema para entregar un paquete de atención que combine competencia clínica, monitoreo y continuidad.

Una derivación práctica para el caso latinoamericano es que la arquitectura del acceso a TDAH debe anclarse en atención primaria con soporte escalonado y en acuerdos operativos con el sector educativo



para pesquisa y continuidad, tal como se infiere de las trayectorias descritas en México y de la brecha de tratamiento en Brasil, y que el éxito de la ruta depende tanto de la disponibilidad física de metilfenidato y de profesionales capacitados como de la articulación interinstitucional que reduzca tiempos muertos entre percepción del problema, búsqueda de ayuda, llegada a servicios y uso sostenido de intervenciones eficaces (25–27,29,30). Cuando se contrasta este imperativo organizacional con el conjunto de diez referencias, el cuadro es congruente: existe consenso clínico robusto sobre diagnóstico y tratamiento, hay datos epidemiológicos y de neuroimagen que legitiman y priorizan el problema, y hay perfiles de seguridad que requieren supervisión; lo que falta en los diez artículos es precisamente la verificación empírica de que los sistemas latinoamericanos están configurados para cumplir esos requisitos, brecha que la literatura de acceso citada evidencia con claridad. De ahí que la agenda de investigación y de política deba moverse desde la pregunta de si el tratamiento funciona hacia la pregunta de cómo asegurar su entrega oportuna, segura y continua en redes reales, heterogéneas y, a menudo, subfinanciadas.

CONCLUSIONES

El TDAH en la infancia y la adolescencia constituye una condición con base clínica y neurobiológica sólida, alta prevalencia y repercusión funcional significativa, que exige rutas de atención continuas y sensibles a la comorbilidad. Los tratamientos estimulantes demuestran eficacia clínica relevante y un perfil de seguridad manejable, pero su implementación efectiva depende de la capacidad de los servicios para informar, titular y vigilar de manera estandarizada. El conjunto de hallazgos apunta a que el obstáculo principal no reside en la falta de intervenciones válidas, sino en la insuficiencia de los dispositivos organizacionales que deberían garantizar oportunidad diagnóstica, inicio terapéutico y continuidad del seguimiento.

En América Latina, y de modo particular en Colombia, persiste una brecha entre la demanda esperable por carga de enfermedad y la oferta real de servicios, expresada en demoras para confirmar el diagnóstico, variabilidad en la prescripción y disponibilidad de fármacos, y discontinuidad de controles. Esta brecha se explica por la fragmentación de redes, la baja densidad de talento humano en salud mental infantil, la débil integración con la atención primaria y la limitada articulación con el sector



educativo. Los sistemas tienden a sobrecargar el nivel especializado sin dotar al primer nivel de protocolos y competencias para asumir la mayor parte de los casos, lo que prolonga itinerarios y deteriora la adherencia familiar.

Con base en ello, la prioridad estratégica es reorganizar la ruta de atención anclándola en la atención primaria con soporte escalonado. Esto implica instalar capacidades diagnósticas básicas con entrevistas a múltiples informantes y escalas validadas, establecer esquemas de titulación y seguimiento con metas clínicas explícitas y definir criterios de referencia y contrarreferencia bidireccionales con psiquiatría infantil, neuropediatría y psicología clínica. Deben fijarse indicadores de desempeño verificables, como tiempo desde sospecha escolar a valoración clínica, proporción que inicia tratamiento dentro de intervalos definidos, continuidad de controles en periodos trimestrales y tasas de interrupción por eventos adversos. La disponibilidad sostenida de metilfenidato y alternativas debe asegurarse mediante listas únicas de medicamentos esenciales, compras consolidadas, monitoreo de abastecimiento y farmacovigilancia activa, con guías de uso responsable que disminuyan variaciones injustificadas.

En Colombia, la existencia de una guía nacional brinda una oportunidad inmediata para homogeneizar criterios y prácticas, pero requiere acompañamiento operativo. Se recomienda un plan de implementación por fases que incluya capacitación masiva en atención primaria, acuerdos formales escuela salud con protocolos de derivación, teleapoyo clínico para zonas con baja densidad de especialistas, y auditoría clínica con retroalimentación a los prestadores. La política debe abordar inequidades territoriales priorizando territorios con menor acceso y establecer financiamiento protegido para seguimiento, no solo para el inicio del tratamiento. Es imprescindible cerrar vacíos de información. Se requiere investigación aplicada que mida desenlaces de acceso con definiciones comparables, estudios de efectividad en vida real que integren seguridad y adherencia, y evaluaciones económicas de modelos de atención que combinen intervención escolar y primaria con soporte especializado. Un sistema que mida de manera rutinaria oportunidad, uso y continuidad permitirá convertir eficacia demostrada en resultados poblacionales sostenibles, garantizando que niños y adolescentes

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: WHO; 2024. Disponible en:



<https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>

2. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. 3rd ed. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>
3. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):434–442.
4. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942–948. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
5. Cornejo JW, Osío O, Sánchez Y, Carrizosa J, Sánchez G, Grisales H, et al. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Rev Neurol*. 2005;40(12):716–722. Disponible en: https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/ea439d0d-2825-42c0-bdc5-9a84e933b080/2005_Prevalencia%2Bdel%2Btrastorno%2Bpor%2Bd%C3%A9ficit%2Bde%2Batenci%C3%B3n-hiperactividad.pdf?MOD=AJPERES
6. World Health Organization. Mental Health Atlas 2020. Geneva: WHO; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
7. Organización Panamericana de la Salud. Atlas de salud mental de las Américas 2020. Washington, DC: OPS; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/node/92582>
8. Mascayano F, Alvarado R, Martínez-Viciano C, Irarázaval M, Durand-Arias S, Freytes M, et al. 30 years from the Caracas Declaration: the situation of psychiatric hospitals in Latin America and the Caribbean prior, during and after the COVID-19 pandemic. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021;56:1325–1327.
9. Colombia. Congreso de la República. Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental. Diario Oficial; 2013. Disponible en: https://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html



10. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento del TDAH en población pediátrica en Colombia. Bogotá, DC; 2022. Disponible en: <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2022/08/GPC-TDAH-Version-profesionales-de-la-salud-2022-08-23.pdf>
11. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.
12. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18.
13. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127–140.
14. World Health Organization. mhGAP Evidence profiles for child and adolescent mental disorders: ADHD medicines evidence profile. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mhgap/child-and-adolescent-mental-disorders/camh1_evidence_profilev3_0\(17022023\).pdf?sfvrsn=5eb29a1_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mhgap/child-and-adolescent-mental-disorders/camh1_evidence_profilev3_0(17022023).pdf?sfvrsn=5eb29a1_3)
15. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;128:789–818.
16. Fu JM, Satterstrom FK, Peng M, Brand H, Collins RL, Dong S, et al. Rare coding variation provides insight into the genetic architecture and phenotypic context of autism. *Nat Genet*. 2022;54(9):1320–31.
17. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta- regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):434–42.
18. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP, Mennes M, Zwiers MP, Schweren LSJ, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(4):310–9.



19. Cândido RCF, Menezes de Pádua CA, Golder S, Junqueira DR. Immediate-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;1(1):CD013011.
20. Elias LR, Miskowiak KW, Vale AM, Köhler CA, Kjørstad HL, Stubbs B, et al. Cognitive impairment in euthymic pediatric bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(4):286–96.
21. Pessoa ALS, Martins AM, Ribeiro EM, Specola N, Chiesa A, Vilela D, et al. Burden of phenylketonuria in Latin American patients: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Orphanet J Rare Dis*. 2022;17(1):302.
22. Young S, Sedgwick O, Fridman M, Gudjonsson G, Hodgkins P, Lantigua M, et al. Co-morbid psychiatric disorders among incarcerated ADHD populations: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2015;45(12):2499–510.
23. Holmskov M, Storebø OJ, Moreira-Maia CR, Ramstad E, Magnusson FL, Krogh HB, et al. Gastrointestinal adverse events during methylphenidate treatment of children and adolescents with ADHD: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis of randomised clinical trials. *PLoS One*. 2017;12(6):e0178187.
24. Aguilar Cordero MJ, Sánchez López AM, Mur Villar N, García García I, Rodríguez López MA, Ortigón Piñero A, et al. Cortisol salival como indicador de estrés fisiológico en niños y adultos: revisión sistemática. *Nutr Hosp*. 2014;29(5):960–8.
25. Paula CS, Bordin IAS, Mari JJ, Velasque L, Coutinho ESF, Rohde LA. The mental health care gap among children and adolescents: data from an epidemiological survey from four Brazilian regions. *PLoS One*. 2014;9(2):e88241.
26. Mondragón-Barrios L, Hernández-Flores C, Palacios-Cruz L, et al. Trayectoria de acceso al diagnóstico oportuno del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Salud Pública Mex*. 2020;62(1):80–6.
27. Raman SR, Man KKC, Bahmanyar S, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder medication consumption in 64 countries and regions from 2015 to 2019: a longitudinal study. *EClinicalMedicine*. 2022;54:101780.



28. Rufino-de-Oliveira RP, et al. An analysis of public dispensing of methylphenidate in Brazil: the case of Espírito Santo. *Interface*. 2015;19(54):235–46.
29. López-Bojórquez LN, et al. Challenges in accessibility of public specialized mental health services for children and adolescents in Mexico. *Youth*. 2024;6(2):72.
30. Wirtz VJ, Dreser A, Ortiz-Martínez M, et al. Medicines policy, access and use in Mexico: a systematic literature review, 2005–2021. *Drugs Context*. 2024;13:2023-7-3.
31. Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB, et al. Methylphenidate for children and adolescents with ADHD: a Cochrane systematic review with meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;1:CD009885.
32. Graham J, Banaschewski T, Buitelaar J, et al. Evaluation of methylphenidate safety and maximum-dose titration recommendations in ADHD. *JAMA Pediatr*. 2019;173(7):630–9.
33. García-Rona A, Rodríguez-Mesa M, Arias-Vivas E, Bote-Gasco M. Impacto del metilfenidato sobre las propiedades funcionales y estructurales del ventrículo izquierdo a medio plazo en TDAH. *An Pediatr*. 2021;94(1):43–50.

