



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**Conducta diagnóstica y terapéutica en el trastorno de déficit de
atención e hiperactividad: una actualización**

Trabajo de Titulación para optar al título de Médico General

Autor:

Toapanta Chimba, Diego Paul

Tutor:

Dra. Zilma Diago Alfes

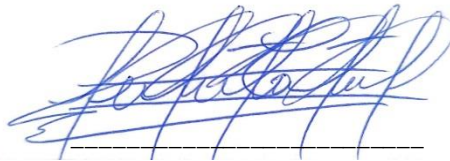
Riobamba, Ecuador. 2024

DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, Diego Paul Toapanta Chimba, con cédula de ciudadanía 1726624446, autor del trabajo de investigación titulado: **CONDUCTA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA EN EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: UNA ACTUALIZACIÓN**, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 31 de Enero de 2024.



Toapanta Chimba Diego Paul

C.I: 1726624446

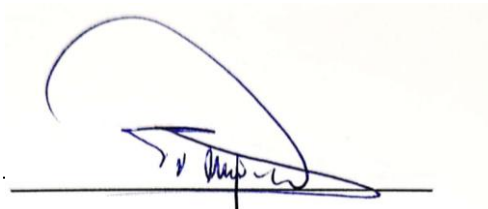
DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado del trabajo de investigación **Conducta diagnóstica y terapéutica en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad: una actualización**, presentado por Diego Paul Toapanta Chimba, con cédula de identidad número 1726624446, emitimos el DICTAMEN FAVORABLE, conducente a la APROBACIÓN de la titulación. Certificamos haber revisado y evaluado el trabajo de investigación y cumplida la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 31 de Enero de 2024.

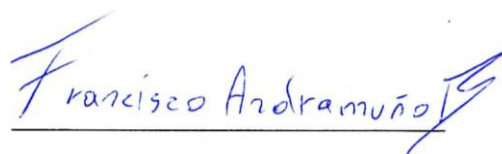
Dr. Enrique Ortega

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Enrique Ortega', written over a horizontal line.

Msc. Francisco Andramuño Bermeo

MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Francisco Andramuño', written over a horizontal line.

Dr. Guillermo Gualpa Jaramillo

MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Guillermo Gualpa', written over a horizontal line.

Dra. Zilma Diago Alfes

TUTOR

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Zilma Diago', written over a horizontal line.

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación **Conducta diagnóstica y terapéutica en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad: una actualización**, presentado por Diego Paul Toapanta Chimba, con cédula de identidad número 1726624446, bajo la tutoría de Dra. Zilma Diago Alfes; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 31 de Enero de 2024.

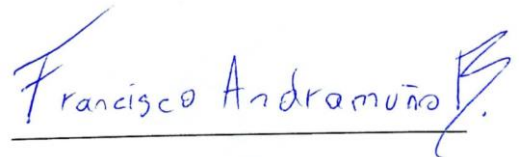
Dr. Enrique Ortega

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Msc. Francisco Andramuño Bermeo

MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dr. Guillermo Gualpa Jaramillo

MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



CERTIFICADO ANTIPLAGIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 10 de enero del 2024
Oficio N°210-2023-2S-URKUND-CID-2024

Dr. Patricio Vásquez
DIRECTOR CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por el **Dra. Zilma Diago Alfes**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N°1113-D-FCS-ACADÉMICO-UNACH-2023, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos de los estudiantes	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	1113-D-FCS-16-11-2023	Conducta diagnóstica y terapéutica en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad: una actualización	Toapanta Chimba Diego Paul	5	x	

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
FRANCISCO JAVIER
USTARIZ FAJARDO

PhD. Francisco Javier Ustáriz Fajardo
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH
C/c Dr. Vinicio Moreno – Decano FCS

DEDICATORIA

A mis padres **Vicente y Emperatriz**, quienes me han sabido guiar y apoyar firmemente cada uno de los pasos que he dado y en cada una de mis decisiones, siendo el pilar fundamental de la persona que me he convertido ahora.

A mis hermanos **David y Oliver**, por el apoyo incondicional que me demuestran cada día y en cada una de las dificultades que he tenido a lo largo de mi vida.

A mis mejores amigos, quienes nunca me olvidaron a pesar de las circunstancias y el paso del tiempo, quienes siempre estuvieron para mí cuando más los necesitaba, ustedes sabrán quienes son y recuerden que siempre podrán contar conmigo.

Diego Paul Toapanta Chimba

AGRADECIMIENTO

Expreso mi agradecimiento primeramente a Dios por bendecir cada uno de los pasos que he dado. De igual manera a mis padres, hermanos y mejores amigos por siempre estar presentes a pesar de la distancia. Además, agradezco a la Universidad Nacional de Chimborazo y Hospital General Docente Riobamba por formarme para ser un médico de provecho siempre marcando la diferencia.

Diego Paul Toapanta Chimba

ÍNDICE GENERAL;

DERECHOS DE AUTORÍA

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS

INDICE DE ILUSTRACIONES

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I	15
1. INTRODUCCIÓN.....	15
1.1 Planteamiento del problema	16
1.2 Justificación	18
1.3 Objetivos.....	19
1.3.1 General.....	19
1.3.2 Específico	19
CAPÍTULO II.....	20
2. MARCO TEÓRICO.....	20
2.1 Definición.....	20
2.2 Epidemiología	20
2.3 Etiopatología	21
- Factor Genético.....	21
- Factor Neurológico	22
- Factor Ambiental.....	22

2.4	Clasificación.....	22
2.4.1	TDAH Primario y Secundario	22
2.4.2	TDAH según DSM 5	23
2.5	Manifestaciones Clínicas	23
2.5.1	TDAH en la Infancia	23
2.5.2	TDAH en la Adolescencia	24
2.5.3	TDAH en Adultos mayores	25
2.6	Diagnóstico diferencial	25
2.7	Comorbilidades.....	26
2.8	Diagnóstico	28
2.8.1	Historia Clínica	28
2.8.2	Criterios Diagnósticos según el DSM-5	29
2.8.3	Criterios Diagnósticos según el CIE-10	32
2.8.4	Escala de autoinforme del TDAH en adultos (ASRS-v1.1).....	35
2.8.5	Exámenes complementarios	36
2.9	Tratamiento	36
2.9.1	Tratamiento no farmacológico.....	37
2.9.1.1	Tratamiento psicoterapéutico	37
2.9.2	Tratamiento Farmacológico	38
2.9.2.1	Fármacos Estimulantes	39
2.9.2.2	Fármacos No Estimulantes.....	40
2.9.2.3	Efectos adversos.....	41
2.9.3	Tratamientos alternativos.....	42
CAPÍTULO III.....		44
3.	METODOLOGIA.....	44
3.1	Tipo y Diseño de la investigación.....	44

3.2	Técnica de recolección de datos.....	44
3.3	Universo y muestra	45
3.4	Procesamiento de Datos.....	48
CAPÍTULO IV.....		51
4.	RESULTADOS.....	51
5.	DISCUSIÓN.....	78
CAPÍTULO V.....		81
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	81
6.1	CONCLUSIONES.....	81
6.2	RECOMENDACIONES.....	83
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	84
8.	ANEXOS.....	88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos según la INATENCIÓN del Trastorno de Déficit de Atención/hiperactividad (TDAH) según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM V).....	29
Tabla 2. Criterios diagnósticos según la HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD del Trastorno de Déficit de Atención/hiperactividad (TDAH) según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM V).....	30
Tabla 3. Criterios diagnósticos según el DÉFICIT DE ATENCIÓN del Trastorno de Déficit de Atención/hiperactividad (TDAH) según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10).....	32
Tabla 4. Criterios diagnósticos según la HIPERACTIVIDAD del Trastorno de Déficit de Atención/hiperactividad (TDAH) según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10).....	33
Tabla 5. Criterios diagnósticos según la IMPULSIVIDAD del Trastorno de Déficit de Atención/hiperactividad (TDAH) según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10).....	34
Tabla 6. Comparación de fármacos estimulantes vs No estimulantes	38
Tabla 7. Reacciones adversas de fármacos estimulantes y no estimulantes relacionados al tratamiento de TDAH.	41
Tabla 8. Criterios de calidad metodológica según CRF - QS (Critical Review Form – Quantitative Studies)	49
Tabla 9. Triangulación de variables – Características clínicas de pacientes con TDAH ...	52
Tabla 10. Triangulación de variables – Elementos diagnósticos en pacientes con TDAH	60
Tabla 11. Triangulación de variables - Tratamiento en pacientes con TDAH	69

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Diagnóstico diferencial con trastornos psiquiátricos más relevantes que se asocian al TDAH	26
Ilustración 2. Comorbilidades del TDAH.....	28
Ilustración 3. Cuestionario auto informado de cribado del adulto para TDAH (ASRS-V1,1)	35
Ilustración 4. Tratamientos farmacológicos Psicoestimulantes	40
Ilustración 5. Tratamientos farmacológicos No Psicoestimulantes	41
Ilustración 6. Algoritmo de diagnóstico y tratamiento del Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).....	43
Ilustración 7. Flujograma de identificación y selección de documentos	47
Ilustración 8. Representación gráfica de la calidad metodológica de los artículos de la investigación	50
Ilustración 9. Algoritmo del Tratamiento multimodal del Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).....	77

RESUMEN

Introducción: El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad o por sus siglas TDAH es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por manifestarse clínicamente con un tridente clásico de “déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad”, el TDAH es uno de los trastornos con más prevalencia en la infancia, no se remite a esa edad y persiste en la adolescencia llegando hasta la adultez en algunos casos, por lo que el diagnóstico debe ser oportuno y eficaz ya que dependiendo de la etapa de desarrollo del paciente se pueden emplear diferentes formas de tratamiento farmacológico y no farmacológico. **Objetivo General:** Actualizar los conocimientos sobre la conducta diagnóstica y terapéutica a implementar en pacientes con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, mediante una revisión bibliográfica. **Materiales y métodos:** Se realizó una investigación básica no experimental, descriptiva y transversal con enfoque cualitativo, la técnica se basó en la observación para hacer posible la recolección de información relevante sobre el tema, la población de estudio es de 30 documentos, por lo cual revisó, analizó y recopiló los documentos publicados en los últimos 5 años de bases de datos regionales como: *Scielo* y *Redalyc*; y de alto impacto como: *PubMed* y *Elsevier*. Además del uso de libros de textos tanto físicos como digitales, así como de diversas plataformas universitarias, todo esto basados en criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** la identificación de las manifestaciones clínicas propias de este trastorno, fundamento epidemiológico y criterios diagnósticos clínicos que permiten un diagnóstico certero y terapéutica definitiva. **Conclusión:** El trastorno de Déficit de atención e hiperactividad constituye un problema en el neurodesarrollo del infante y si no hay remisión debido a un diagnóstico errado y tratamiento inadecuado puede afectar en la adolescencia y adultez afectando la calidad de vida relacionado a nivel salud, social, escolar, laboral o sentimental, el diagnóstico es netamente clínico por lo que el uso correcto de la historia clínica es indispensable, además del apoyo de los criterios diagnósticos del DSM-5 y el CIE-10 para un diagnóstico definitivo, y así poder recibir tratamiento oportuno ya sea no farmacológico o farmacológico en dependencia de la edad y severidad del trastorno.

Palabras claves: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, TDAH, Diagnóstico clínico, Terapéutica, Psicoterapia, Farmacoterapia.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder, or ADHD for short, is a neurodevelopmental disorder characterized clinically by a classic triad of "attention deficit and hyperactivity-impulsivity." ADHD is one of the most prevalent disorders in childhood, often persisting into adolescence and, in some cases, continuing into adulthood. Therefore, a timely and effective diagnosis is crucial, as different forms of pharmacological and non-pharmacological treatments may be employed depending on the patient's developmental stage. The general objective is to update knowledge on diagnostic and therapeutic approaches for patients with attention deficit hyperactivity disorder through a literature review. A non-experimental, descriptive, and cross-sectional basic research was conducted with a qualitative approach. The technique was based on observation to collect relevant information on the topic. The study population consisted of 30 documents, which were reviewed, analyzed, and compiled from the last five years of regional databases such as Scielo and Redalyc and high-impact databases such as PubMed and Elsevier. In addition, textbooks (both physical and digital) and various university platforms were used, all based on inclusion and exclusion criteria. It was identified clinical manifestations specific to this disorder, epidemiological foundation, and clinical diagnostic criteria that enable accurate diagnosis and definitive therapeutic intervention. The conclusion is that attention deficit hyperactivity disorder constitutes a problem in the neurodevelopment of children. Without remission due to misdiagnosis and inadequate treatment, it can impact adolescence and adulthood, affecting the quality of life in terms of health, social, academic, occupational, or emotional aspects. The diagnosis is purely clinical, making the correct use of the medical history essential. Additionally, support from the diagnostic criteria of DSM-5 and ICD-10 is crucial for a definitive diagnosis, allowing for timely non-pharmacological or pharmacological treatment depending on the age and severity of the disorder.

Keywords: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, ADHD, Clinical Diagnosis, Therapeutics, Psychotherapy, Pharmacotherapy.



Firmado electrónicamente por:
**JENNY ALEXANDRA
FREIRE RIVERA**

Reviewed by:

Lic. Jenny Freire Rivera

ENGLISH PROFESSOR

C.C. 0604235036

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad o por su abreviatura *TDAH* es definido en un trastorno crónico del desarrollo neuropsiquiátrico que afecta el desarrollo y funcionamiento de las funciones ejecutivas, y su desarrollo es influido por diversos factores genéticos y ambientales en su etiología que a su vez en este trastorno clínicamente se identifica la presencia constante de inatención con la presencia ya sea directa u opcional de la hiperactividad/impulsividad, este tipo de trastorno afecta principalmente a los preescolar y escolares, al no haber remisión puede incluso seguir afectando con sus manifestaciones clínicas en la adolescencia hasta llegar a la adultez. (1) (2)

Según Datos de la Organización Mundial de la Salud menciona que existe una prevalencia del trastorno antes de los 18 años de edad que oscila entre el 5 % y 6 %, la misma fuente señala que estas cifras están muy por debajo de su prevalencia real, por lo que se evidencia un subregistro de la enfermedad. Representa entre el 20 % y el 40 % de las consultas en los servicios de psiquiatría en infantes y jóvenes, además se describe que entre el 60 y el 75 % de los niños con TDAH continúa presentando los síntomas durante la adultez. Los pacientes adultos con TDAH son erróneamente diagnosticados y tratados por ansiedad y/o depresión, evidenciando el infra diagnóstico del trastorno, principalmente en edad adulta. (2,3)

La presencia del trastorno condiciona manifestaciones clínicas que impiden el desarrollo neuropsiquiátrico normal del individuo; de esta forma se afectan tanto la esfera cognitiva como conductual, generando distintos grados de afectación que pueden condicionar cierto grado de discapacidad futura y afectación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud. (4,5)

Es frecuente la presencia de hiperactividad, sobre todo mental, y comportamiento impulsivo que puede expresarse mediante inestabilidad emocional y conductas impulsivas que incluyen la inquietud motora. (6,7)

El diagnóstico del TDAH se lo realiza principalmente en edades tempranas es decir en edad preescolar y escolar, pero expanden sus características hasta la edad adulta, en la que se mantiene la presencia de sus manifestaciones clínicas. El diagnóstico de la enfermedad es eminentemente clínico, haciendo uso de la historia clínica como único método fidedigno para un diagnóstico certero, en la actualidad no hay evidencias concretas que indiquen que

los exámenes complementarios o de imagen sean de utilidad para el diagnóstico de este trastorno. (2)

Los pacientes adultos con TDAH son erróneamente evidenciando el infra diagnóstico del trastorno, principalmente en edad adulta, por lo que si el diagnóstico es errado el tratamiento tanto no farmacológico y farmacológico también lo será. (2,3)

En la actualidad el diagnóstico precoz del trastorno constituye un elemento esencial no solo para poder identificar la variante del trastorno y poder escoger el esquema terapéutico adecuado; sino también para minimizar el daño al desarrollo neuropsiquiátrico y condicionar el desarrollo fisiológico del infante. Adicionalmente debe ser tratado por esta condición de forma primaria, no como un síndrome ansioso o depresivo, con los cuales existe diferencia en torno al esquema terapéutico. Por esta situación, es que reviste una importancia esencial mantener un adecuado nivel de actualización en torno al manejo diagnóstico y terapéutico del TDAH para mantener un nivel elevado de calidad en la asistencia médica que se brinda a niños, adolescentes y adultos con presencia de este trastorno.

1.1 Planteamiento del problema

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que se presenta con mayor frecuencia en edad infanto-juvenil; sin embargo, sus manifestaciones clínicas pueden acompañar al paciente y estar presentes durante la vida adulta, por lo cual este trastorno puede no remitirse en la niñez y estar presente hasta incluso en la edad adulta. Sus consecuencias pueden afectar tanto la esfera cognitiva como conductual, generando trastornos que afectan la incorporación social del paciente, así como afectación del comportamiento individual y familiar. (4)

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) mencionan que existe una prevalencia del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad antes de los 18 años de edad que oscila entre el 5 % y 6 % (2,3). Según otras publicaciones la frecuencia varía de un 2% al 12% en la población infantil, en donde se observa que, en algunos países como EEUU, la prevalencia es más alta, mientras que, en otros, como Francia, es menor (1). Según datos proporcionados por la Liga Latinoamericana para el Estudio del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, se estima que en la región latinoamericana hay 36 millones de individuos afectados por esta condición, si bien menos del 25% recibe un manejo adecuado. (5)

En el caso de Ecuador hasta el año 2017, el Ministerio de Educación documentó 7918 casos de estudiantes afectados por el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en escuelas públicas, los mismos que asisten a clases según los horarios establecidos, pero con ajustes en sus planes de estudio. (8)

El diagnóstico temprano del trastorno se hace difícil en profesionales expertos en esta condición; por lo que es más difícil en profesionales con poca experiencia o conocimiento de las manifestaciones clínicas y elementos que pueden constituir la base del diagnóstico por ende nace la necesidad del conocimiento actualizado de este tipo de trastornos como el TDAH, conociendo sus definiciones, manifestaciones clínicas y sus criterios diagnósticos, además de la toma de decisiones en cuanto al esquema terapéutico; los diagnósticos equivocados generan esquemas terapéuticos inadecuados. (9)

Otro elemento característico que forma parte del problema identificado es que en edad adulta se asocia el comportamiento de los pacientes con TDAH sin diagnósticos a conductas inadecuadas, antisociales o consumo de sustancias ilícitas; por lo que existe un fallo frecuente de la orientación diagnóstica y terapéutica, como expresión del bajo nivel de conocimiento existente en profesionales de la salud en torno a los elementos básicos de este trastorno.

En Ecuador son escasos los estudios que abordan este tipo de trastornos especialmente estudios recientes, en la mayoría de las ocasiones se refieren a estudios de caso, por lo que las investigaciones que aborden los elementos clínicos, diagnósticos y terapéuticos del TDAH son muy poco frecuentes en la literatura médica ecuatoriana. El déficit de estudio es un elemento que afecta la generación y consolidación del conocimiento, aumentando el riesgo de no identificar el trastorno y generando más diagnósticos erróneos y esquemas terapéuticos inadecuados.

Es por eso que, teniendo en cuenta las dificultades para llegar al diagnóstico de TDAH, los efectos que genera en el estado de salud de las personas afectas, en su desarrollo neuropsiquiátrico y en su comportamiento social en edad adulta, la necesidad de realizar un diagnóstico precoz del trastorno así como de prescribir un adecuado esquema terapéutico y la poca existencia de estudios en Ecuador que aborden los elementos diagnósticos y terapéuticos; se decide realizar la presente investigación con el objetivo de realizar una revisión bibliográfica para obtener información actualizada sobre la conducta diagnóstica y

terapéutica a implementar en pacientes con el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad o denominado TDAH.

1.2 Justificación

La justificación para la realización de la investigación que se propone se basa en la poca divulgación que existe sobre el TDAH, las dificultades que existen actualmente para su diagnóstico certero y la variedad de manifestaciones clínicas que conducen a errores y demoras diagnósticas, todos estos elementos son justificación más que necesaria para evidenciar la necesidad de realizar investigaciones que se orienten a la actualización de conocimientos relacionados con el manejo diagnóstico y terapéutico.

Desde el punto de vista teórico el estudio se justifica ya que permitirá que el investigador obtenga un elevado volumen de información actualizada sobre las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas, lo que se complementa con otros elementos importantes dentro de los que destaca el diagnóstico diferencial de la enfermedad con la finalidad de no cometer errores o retrasar el diagnóstico definitivo.

Desde el punto de vista práctico el estudio posibilitará implementar conocimientos relacionados con la metodología de la investigación aplicado a las ciencias de la salud, en los cuales se utilizarán recursos de búsqueda de información actualizada como son el uso de descriptores de salud y de operadores booleanos, los cuales resultarán de valiosa ayuda para acceder a información de calidad que permita, con elevada calidad científica, dar cumplimiento a los objetivos del estudio.

Metodológicamente el estudio se justifica en el cumplimiento de los elementos básicos del del método científico; a partir de un problema de investigación identificado se definen objetivos; se realiza una búsqueda de información; se identifican la metodología de investigación y se obtienen resultados que son analizados y discutidos para poder llegar a formular conclusiones y recomendaciones que dan respuesta parcial o total al problema de investigación identificado.

Desde el punto de vista social la justificación incluye a beneficiarios directos e indirectos. Dentro de los beneficiarios directos de este estudio se encuentran los profesionales de la salud que podrán contar con un documento referencial que establecerá los elementos básicos para el diagnóstico y tratamiento del TDAH tanto en población infantil como adulta. Dentro

de los beneficiarios indirectos se encuentran los directivos de salud que contarán con un documento de elevado nivel científico que pudiera ser utilizado para establecer planes de acción en cuanto para homogenizar la conducta diagnóstica y terapéutica del TDAH en el país y aumentar el nivel de calidad de la atención de salud brindada a pacientes portadores de este trastorno, que a su vez incluyen los pacientes con diagnóstico confirmado de TDAH y sus familiares, los que se verán favorecidos por una mejor calidad de la atención de salud recibida.

1.3 Objetivos

1.3.1 General

Actualizar los conocimientos sobre la conducta diagnóstica y terapéutica a implementar en pacientes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad

1.3.2 Específico

- Describir las características clínicas de los pacientes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad.
- Describir los elementos que permiten llegar al diagnóstico de presencia de trastornos de déficit de atención e hiperactividad.
- Definir los esquemas terapéuticos a implementar en pacientes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad y la elaboración de un algoritmo.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Definición

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad o como sus siglas la denominan “TDAH”, es un trastorno del neurodesarrollo el cual es caracterizado clínicamente por un patrón persistente o triada básica en el que presenta el individuo: inatención y/o hiperactividad/impulsividad. (10)

De la misma manera otras literaturas definen este trastorno como una patología crónica del desarrollo neuropsiquiátrico que afecta el funcionamiento de las funciones ejecutivas, caracterizada por un déficit de atención que involucra, entre otros, fallos en la regulación de la atención, distracción de intensidad moderada a grave que se combinan con períodos de atención breve o excesiva. (6,7)

2.2 Epidemiología

Datos de la Organización Mundial de la Salud mencionan que a nivel mundial existe una prevalencia de TDAH antes de los 18 años de edad que oscila entre el 5 % y 6 %, la misma fuente señala que estas cifras están muy por debajo de su prevalencia real, por lo que se evidencia un subregistro de la enfermedad. A su vez representa entre el 20 % y el 40 % de las consultas en los servicios de psiquiatría en infantes y jóvenes, se describe que entre el 60 y el 75 % de los niños con TDAH continúa presentando los síntomas durante la adultez. (2,3)

Según otras publicaciones la frecuencia varía de un 2% al 12% en la población infantil, con una media de alrededor del 5% al 8% en donde se observa que, en algunos países, como los Estados Unidos, la prevalencia es más alta, mientras que, en otros, como Francia, es menor. En el caso de Perú, según datos epidemiológicos del 2007, se ha informado una prevalencia de entre el 3% y el 5% en Lima y Callao, según un estudio de salud mental en niños y adolescentes de ese mismo año. Mientras que, en otros estudios de otros países sudamericanos, se ha registrado un aumento en la prevalencia del trastorno en años recientes, aunque aún no se ha determinado si esto se debe a una mejora en los métodos de diagnóstico del, al sobrediagnóstico o a un verdadero aumento en la incidencia del TDAH. (1)

En Ecuador hasta el año 2017, el Ministerio de Educación documentó 7918 casos de estudiantes afectados por el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en escuelas públicas, los mismos que asisten a clases según los horarios establecidos, pero con

ajustes en sus planes de estudio. Además, en las instituciones públicas, se brindan sesiones de psicoterapia a los estudiantes con necesidades especiales que no están vinculadas a discapacidades. (8)

En la infancia y la adolescencia, el TDAH muestra una proporción de 3:1 en términos de prevalencia entre niños y niñas en contextos de ensayos clínicos. De la misma manera en investigaciones epidemiológicas, esta relación es de 4:1, lo que indica que los niños tienen una mayor probabilidad que las niñas de recibir el diagnóstico, esto se podría traducir en que el género masculino podría relacionarse con una manifestación más intensa de síntomas hiperactivos e impulsivos, así como con alteraciones en el comportamiento y el proceso de aprendizaje. (11)

Se puede afirmar según los estudios realizados sobre predominio el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, que existe un mayor predominio de esta patología en el género masculino que en el femenino y su frecuencia está en dependencia de las condiciones geográficas o del país.

2.3 Etiopatología

La etiopatología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es heterogéneo, pero según diferentes investigaciones mencionan que existen diferentes factores que podrían explicarlo.

- Factor Genético

Diferentes investigaciones asocian el factor genético, y se considera una de las condiciones más hereditarias en el ámbito de los trastornos psiquiátricos. Se ha observado una mayor concordancia en gemelos monocigóticos en comparación con gemelos dicigóticos, dado que los gemelos monocigóticos tienen el doble de probabilidad de desarrollar TDAH en comparación con la población general. (9)

Los análisis llevados a cabo en gemelos sugieren una marcada influencia hereditaria en el TDAH, estimada en un rango que va del 60% al 90%. Se han emprendido esfuerzos para identificar los genes subyacentes a esta heredabilidad, aunque este proceso ha demostrado ser más desafiante de lo anticipado inicialmente. No obstante, es evidente que la causa se origina en una interacción compleja entre múltiples genes, cada uno con un impacto relativamente pequeño, y por interacciones gen \times ambiente. (12)

- **Factor Neurológico**

No se han encontrado hallazgos consistentes en las imágenes radiológicas cerebrales de los pacientes que puedan orientar hacia un diagnóstico de TDAH, pero algunas investigaciones indican una disfunción en la actividad de determinados neurotransmisores, principalmente, las alteraciones en las vías dopaminérgicas que se asocian en gran medida con los síntomas de hiperactividad e impulsividad, mientras que los cambios en las vías noradrenérgicas están mayormente relacionados con los síntomas de inatención y afectivos. Además, en la literatura hace referencia a la influencia de la serotonina en el TDAH, aunque no existe una descripción precisa de esta etiología. (1) (9)

- **Factor Ambiental**

Dentro de los factores ambientales se describen hábitos tóxicos durante la gestación (tabaco y alcohol), factores sanitarios (infecciones) y el uso excesivo de paracetamol durante la gestación; son algunos de los factores que con mayor frecuencia han sido señalados en torno a la presencia de TDAH. Sin embargo, no existe una teoría unicista que permita describir científicamente, cual es el factor etiológico en cada caso. (6) (13) (9)

2.4 Clasificación

2.4.1 TDAH Primario y Secundario

- **Primario**

Varios autores emplean términos como "TDAH idiopático," "primario," o "de origen genético" en el cual se presenta sin tener ninguna conexión aparente con otros trastornos. (14)

- **Secundario**

Generalmente hace referencia a los síntomas de TDAH recién adquiridos y que resultan de un trastorno que afecta el sistema nervioso central, que surgen tras un evento o incidente conocido, como un traumatismo craneal o un derrame cerebral. Luego de un derrame cerebral en la primera infancia, se observa el fenotipo de TDAH en aproximadamente un 13% al 20% de los casos, mientras que después de una lesión traumática en el cerebro de niños, se detectan síntomas de TDAH en alrededor del 15% al 20% de los niños. (14)

2.4.2 TDAH según DSM 5

En la actualidad el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – 5ta edición - Texto Revisado, ya no hace mención de los subtipos como en versiones anteriores, sino que se utiliza el concepto de "presentación actual", dependería del profesional médico la elección de la clasificación más idónea bajo criterio propio.

- **Presentación Combinada**

Representa el 60 al 70% de los casos clínicos, la cual recibe el diagnóstico con mayor frecuencia y en la que los tres síntomas cardinales convergen, pudiendo estar relacionados con otros problemas externalizantes (conductuales). (1)

- **Presentación Predominantemente Inatento**

Representa el 30% de los casos, el cual se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres y se asocia en mayor medida con problemas internos (ansiedad y depresión). (1)

- **Presentación Predominante Hiperactivo/Impulsivo**

El cual representa el 10 al 15% de los casos, esta presentación se diagnostica con menor frecuencia. (1)

El CIE-11 identifica cinco subcategorías de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), las cuales coinciden con las del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5): presentación combinada de TDAH, presentación predominantemente inatenta de TDAH, presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva de TDAH, y dos categorías residuales, presentación de TDAH especificada de otra manera y presentación de TDAH no especificada. (14)

2.5 Manifestaciones Clínicas

2.5.1 TDAH en la Infancia

Las manifestaciones clínicas del TDAH se caracterizan por 3 pilares fundamentales los cuales son: *hiperactividad, déficit de atención e impulsividad*, y se verán manifestados en la persona con el trastorno de diversas maneras, los cuales para ejemplificar se puede mencionar:

- **Déficit de atención:** dificultad para sostener la concentración de forma constante en actividades que carecen de un alto nivel de motivación; olvidos, distracciones y

extravíos de objetos; problemas para obedecer instrucciones; desafíos al concluir tareas sin supervisión; cambios abruptos de tema; falta de atención a detalles, como los signos en operaciones matemáticas; rendimiento por debajo de su capacidad debido a errores inadvertidos; problemas para organizar y planificar; aversión a actividades que demandan esfuerzo mental. (1)

- **Hiperactividad:** movimiento constante del cuerpo, variación de la posición al estar sentados, ponerse de pie cuando es necesario permanecer sentado, correr o escalar de forma excesiva con consecuentes accidentes frecuentes; actividad sin organización aparente, falta de conclusión en las acciones iniciadas; producción de un nivel elevado de ruido en su entorno; expresión verbal abundante, rápida y ocasionalmente con un tono elevado. (1)
- **Impulsividad:** Reaccionar y tomar medidas sin reflexionar previamente, contestar antes de que la pregunta esté completamente formulada, experimentar dificultades al comprender enunciados extensos, interrumpir conversaciones y experimentar frecuentes incidentes. (1)

Los pacientes en quienes se llega al diagnóstico de TDAH pueden consultar por motivos diversos, no sólo por sus síntomas cardinales (inatención, hiperactividad, impulsividad). A diferentes edades, las posibilidades de padecer diferente sintomatología son múltiples: temperamento difícil, retraso del desarrollo psicomotor leve, retraso en aprendizajes básicos como el retraso en el lenguaje, bajo rendimiento en el desarrollo de diferentes actividades, dificultad con la interacción social, escasa motivación, malos hábitos, indisciplina, etc. (10)

Las manifestaciones clínicas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad van a variar según la etapa de desarrollo como se mencionó anteriormente, generalmente la mayor demanda de atención ocurre entre los 6 y 9 años de edad del paciente que sufre este trastorno, cuando ya las características del TDAH empiezan a impactar negativamente y afectar en el funcionamiento diario en la infancia ya sea a nivel académicos, sociales y dentro del entorno familiar. (1)

2.5.2 TDAH en la Adolescencia

Durante la etapa adolescente, la mayoría de los niños previamente diagnosticados seguirán siendo identificados con el mismo diagnóstico en esta etapa, especialmente aquellos que presentan problemas de conducta comórbidos. Se ha observado que, en esta fase, los

síntomas relacionados con la hiperactividad tienden a disminuir, aunque la impulsividad y la falta de atención persistirán, dificultando aún la adaptación saludable. (1)

En la adolescencia existe una mayor tendencia a que existe mayor riesgo de baja autoestima, distorsión del autoconcepto, posiblemente como consecuencia de disfunción familiar o relaciones sociales deficientes, es frecuente experimentar un desempeño académico inferior y enfrentar el riesgo de involucrarse en comportamientos delictivos, el consumo de sustancias e incluso consideraciones suicidas. (1)

Según algunos estudios realizados en diversos países mencionan que una proporción significativa alrededor del 54 al 87.4% de los pacientes presenta síntomas de TDAH de inicio en la edad adulta, con un deterioro que va más allá de la infancia. (15)

Las personas adultas con TDAH así como en la infancia pueden presentar un sinnúmero de manifestaciones clínicas, algunas de ellas tiene un carácter subjetivo total y adquirir su mayor expresión en esta etapa de vida, la de mayor frecuencia de presentación son la sensación de no lograr los propósitos o de no alcanzar los objetivos propuestos, dificultades para organizarse y poder realizar varias tareas a la misma vez, tendencia a decir lo primero que pasa por la cabeza sin tener en cuenta la oportunidad o lo apropiado del comentario, necesidad de buscar y experimentar nuevos estímulos, dificultades para concentrarse, abstraerse y mantener la concentración y problemas para desenvolverse mediante conductas adecuadas, de la misma manera son propensos a las adicciones de sustancias ilícitas. (16)

2.5.3 TDAH en Adultos mayores

Los pacientes adultos con TDAH también se vuelven pacientes adultos mayores con TDAH, considerando que la mayoría de los estudios sobre el TDAH en adultos se centran en jóvenes adultos hasta la tercera década de vida se puede decir que pocos estudios sobre el TDAH se están centrando en el envejecimiento, pero los síntomas del TDAH todavía están presentes, con predominio atencional pero también observaciones de hiperactividad/impulsividad. (15)

2.6 Diagnóstico diferencial

Los síntomas del TDAH se caracterizan por 3 pilares fundamentales como se mencionó anteriormente los cuales son "hiperactividad, déficit de atención e impulsividad", pero cabe mencionar que estos síntomas pueden originarse a causa de otros trastornos psiquiátricos o neurológicos, e incluso pueden relacionarse con dificultades sociales. Por ello, es esencial

llevar a cabo una evaluación clínica detallada que permita al personal médico reconocer las diferencia entre el trastorno y otras enfermedades. (1)

Ilustración 1. Diagnóstico diferencial con trastornos psiquiátricos más relevantes que se asocian al TDAH

Trastorno	Similar al TDAH	No propio del TDAH	Cuando derivar a CSMI
Trastorno negativista desafiante	Comportamiento perturbador, sobre todo con respecto a las normas Incapacidad para cumplir órdenes	Rebeldía y/o rencor, en lugar de incapacidad para cooperar; el niño con TDAH puro no es rencoroso ni vengativo	Si no se puede establecer la intervención psicosocial o existe mala evolución
Trastorno de conducta	Comportamiento perturbador de mayor gravedad Problemas con los otros y con la ley	Ausencia de remordimientos Intención de dañar Agresión y hostilidad Conducta antisocial	Si no se puede establecer la intervención psicosocial o existe mala evolución
Ansiedad (por separación, generalizada, fobias específicas y social, crisis de angustia)	Falta de atención Inquietud Dificultades con los cambios La ansiedad puede causar una elevada actividad y falta de atención	Preocupación excesiva o miedos Obsesiones o compulsiones Pesadillas	Ante síntomas moderados o graves, si coexisten varios trastornos de ansiedad, ya que además del tratamiento farmacológico precisa terapia cognitivo-conductual
Depresión	Irritabilidad Impulsividad reactiva Desmoralización	Sentimientos generalizados y persistentes de irritabilidad o tristeza	Ante cualquier sospecha o verbalización de ideación suicida. Ante un episodio depresivo o mala evolución
Trastorno bipolar	Falta de atención Hiperactividad Impulsividad Irritabilidad	Estado de ánimo expansivo Irritabilidad extrema Grandiosidad Naturaleza maníaca	Ante marcada irritabilidad. Si existen síntomas maníacos
Trastorno de tics	Falta de atención Acciones verbales o motoras impulsivas Actividad perturbadora	Movimientos repetitivos motores o fonatorios	Ante la presencia de tics fonatorios o si existe mala evolución
Trastorno por uso de sustancias	El consumo de metilfenidato no aumenta dicho riesgo		Derivar para intervención multimodal coordinada por psiquiatra

Fuente: <https://www.ffis.es/ups/TCIED1/tdahconsenso.pdf>

2.7 Comorbilidades

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se distingue por su frecuente coexistencia y solapamiento con otros trastornos del neurodesarrollo en la infancia y adolescencia, entre las comorbilidades más habituales se incluyen: trastornos del aprendizaje, como los trastornos de lectura (con prevalencia del 15 al 50%), discalculia (con prevalencia del 5 al 30%) y trastorno del espectro autista. Es importante destacar que,

conforme al DSM-5, la presencia de este último trastorno ya no se considera un criterio excluyente para el diagnóstico de TDAH. (14)

Se describen otros trastornos, cerca del 70–85% vinculado con el trastorno de TIC/Trastorno de Tourette y trastorno obsesivo-compulsivo: 20%, y 5%, trastorno del desarrollo de la coordinación: 30–50%, trastornos de depresión y ansiedad: 0–45%, y Trastorno Negativista Desafiante y el trastorno dismórfico corporal: 27–55%. (14)

En la adolescencia, se describen otros trastornos asociados como por ejemplo el trastorno de la conducta alimentaria y trastorno de bipolaridad. El trastorno de bipolaridad se encuentra en el 10% de los pacientes adolescentes con TDAH, se considera de difícil diagnóstico diferencial esto, debido a que la sintomatología en la mayor parte de casos resalta más con los presentes en el TDAH. (11)

El riesgo de desarrollar trastornos por consumo de sustancias se incrementa en 1.5 veces con la presencia de TDAH (2.4 veces en el caso del tabaquismo), mientras que el uso problemático de los medios de comunicación se eleva en 9.3 veces durante la adolescencia. Asimismo, contribuye a un aumento del 1.23 veces en la probabilidad de desarrollar obesidad juvenil debido a que se asocia con diversas manifestaciones de alimentación desregulada en niños y adolescentes. La enuresis afecta aproximadamente al 17% de los niños con TDAH, y los trastornos del sueño se observan en un rango del 25 al 70%. (14)

Las condiciones neurológicas adicionales comúnmente asociadas al trastorno abarcan la migraña (con una prevalencia aproximadamente tres veces mayor en niños con TDAH en comparación con aquellos infantes con un neurodesarrollo normal, también se ha descrito la epilepsia (entre 2.3 y tres veces más frecuente en niños con TDAH en comparación con sus pares en desarrollo típico). (14)

Ilustración 2. Comorbilidades del TDAH

Trastornos neurológicos: <ul style="list-style-type: none">• Trastornos del aprendizaje<ul style="list-style-type: none">– Dislexia– Disortografía– Discalculia– Trastorno del aprendizaje no verbal (TANV)• Trastornos de la comunicación• Trastorno del desarrollo de la coordinación motora• Tics / síndrome de Tourette• Trastorno del espectro autista• Discapacidad intelectual• Trastornos del sueño	Trastornos psiquiátricos: <ul style="list-style-type: none">• Trastorno de conducta• Trastorno negativista desafiante• Trastornos del estado de ánimo<ul style="list-style-type: none">– Depresión– Ansiedad• Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) <hr/> Otros: <ul style="list-style-type: none">• Abuso de sustancias• Conductas de riesgo
---	--

Fuente: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09.pdf>

2.8 Diagnóstico

Es relevante señalar que el diagnóstico eficaz y eficiente del TDAH se realiza mediante un diagnóstico clínico es decir mediante una historia clínica detallada.

2.8.1 Historia Clínica

El primer componente diagnóstico consistirá en llevar a cabo una exhaustiva revisión de la historia clínica por lo que de ser el caso un infante la entrevista con los padres será crucial para examinar y evaluar la presencia de los síntomas, su intensidad, frecuencia, persistencia a lo largo del tiempo y en diversos entornos, lo que ayudará a determinar el grado de deterioro en el funcionamiento. (1)

Es de suma importancia evaluar los antecedentes personales, aspectos médicos y psiquiátricos, historial familiar, relaciones sociales y progreso en el ámbito escolar – laboral (en algunos casos a nivel sentimental), todo esto debido a la variada etiología genética – ambiente que este trastorno padece. (1)

En caso de sospecha de TDAH, en una evaluación integral es esencial formular una estrategia de diagnóstico eficaz, la cual consiste en (17):

- Historia clínica exhaustiva y eficaz
- Recopilación de información que corrobore el diagnóstico
- Entrevista psiquiátrica al paciente
- Examen clínico completo
- Determinación de comorbilidades existentes

- Observación del comportamiento del paciente durante la entrevista clínica
- Evaluación mediante escalas de calificación
- Identificar las necesidades del paciente y su familia. (17)

Además, es necesario obtener datos para identificar la presencia de condiciones médicas coexistentes, especialmente relacionadas con trastornos de comportamiento, depresión, ansiedad, episodios maníacos, tics, consumo de sustancias, psicosis y dificultades de aprendizaje. Se ha documentado que en adultos que buscan atención especializada, ya experimentan síntomas de ansiedad, depresión y abuso de sustancias ilegales. (1)

2.8.2 Criterios Diagnósticos según el DSM-5

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – Texto Revisado (DSM-5-TR) actualizó la definición del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con el objetivo de describir de manera más precisa la experiencia de los adultos afectados, las versiones anteriores del DSM no brindaron una orientación suficiente a los profesionales de la salud para diagnosticar la enfermedad en adultos, al ajustar los criterios para la población adulta, el DSM-5 y su versión actualizada en ciertos aspectos busca asegurar que los niños con TDAH puedan recibir atención continua a lo largo de toda su vida, en dependencia de su caso. (18)

De acuerdo al tridente clásico del trastorno de inatención, hiperactividad e impulsividad se puede deducir el diagnóstico de TDAH dependiendo de ciertos criterios según la DSM-5-TR.

Tabla 1. Criterios diagnósticos según la INATENCIÓN del Trastorno de Déficit de Atención/hiperactividad (TDAH) según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM V)

INATENCIÓN
Los elementos entre “comillas” son elementos específicos al TDAH en adultos, para poder realizar un mejor diagnóstico desde las diferentes etapas de vida.
Seis o más síntomas de déficit de atención en niños de hasta los 16 años de edad, o "cinco o más síntomas en pacientes adolescentes de 17 años y en adelante y en adultos”; estos síntomas son inapropiados para el nivel de desarrollo y han estado presentes durante al menos 6 meses (15,19):

- A menudo, no presta atención cercana a los detalles o comete errores descuidados en los trabajos escolares, "en el trabajo" o durante otras actividades.
- A menudo tiene problemas para mantener la atención durante tareas o actividades de juego.
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- A menudo no sigue las instrucciones y no termina los trabajos escolares, quehaceres "o deberes en el lugar de trabajo" (pierde el enfoque, se distrae).
- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita, no le gusta o se muestra reacio a realizar tareas que requieren esfuerzo mental durante un largo período de tiempo (como los trabajos escolares o "tareas").
- A menudo pierde cosas necesarias para tareas y actividades (materiales escolares, lápices, libros, herramientas, billeteras, "llaves, documentos", anteojos, "teléfonos móviles").
- A menudo se distrae fácilmente.
- A menudo olvida hacer actividades cotidianas. (15,19)

Fuente:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0035378717304599?via%3DiHub>

Tabla 2. Criterios diagnósticos según la HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD del Trastorno de Déficit de Atención/hiperactividad (TDAH) según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM V)

HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD
Los elementos entre “comillas” son elementos específicos al TDAH en adultos, para poder realizar un mejor diagnóstico desde las diferentes etapas de vida.
Seis o más síntomas de hiperactividad/impulsividad en niños de hasta 16 años, o "cinco o más síntomas para adolescentes de 17 años en adelante y en adultos"; estos síntomas son inapropiados para el nivel de desarrollo y han estado presentes durante al menos 6 meses en un grado perturbador (15,19)
<ul style="list-style-type: none"> - A menudo se inquieta o golpetea las manos o los pies, o se retuerce en el asiento. - A menudo se levanta en situaciones donde se espera que permanezca sentado.

- A menudo corre o trepa en situaciones donde no es apropiado ("los adolescentes o adultos pueden limitarse a sentirse inquietos").
- A menudo es incapaz de jugar o participar en actividades de tiempo libre en silencio.
- A menudo está "en movimiento" como si estuviera "impulsado por un motor".
- A menudo habla en exceso.
- A menudo suelta una respuesta antes de que se haya completado una pregunta.
- A menudo tiene problemas para esperar su turno.
- A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás (se mete en conversaciones o juegos). (15,19)

Fuente:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0035378717304599?via%3Dihub>

Con referencia a los criterios mencionados anteriormente se deben cumplir las siguientes condiciones (17,19):

- Diversa clínica de falta de atención o impulsividad/hiperactividad se manifestaron "previos a los 12 años".
- Se pueden identificar varios síntomas en dos o más contextos (ya sea en el hogar, en la escuela "o en el ámbito laboral"; con amigos o familiares; durante otras actividades).
- Se cuenta con pruebas evidentes de que los síntomas afectan o disminuyen la calidad de vida interfiriendo con el desempeño social, académico o "profesional".
- Los síntomas no pueden ser mejor explicados por algún otro trastorno mental (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad).
- Los síntomas se manifiestan más allá del curso de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico. (17,19)

Una vez que se hace uso de los criterios diagnósticos del DSM-5, se debe detallar el tipo de presentación (19):

- ✓ **Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio de "Inatención" y el Criterio de "Hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

- ✓ **Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio de “Inatención” pero no se cumple el de “Hiperactividad-Impulsividad” durante los últimos 6 meses.
- ✓ **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el Criterio de “Hiperactividad-Impulsividad” y no se cumple el Criterio de “Inatención” durante los últimos 6 meses. (19)

Además, se debe detallar si hay remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral. (19)

Por último, es necesario detallar el grado de gravedad del trastorno (19):

- ✓ **Leve:** Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.
- ✓ **Moderado:** Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.
- ✓ **Grave:** Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral. (19)

2.8.3 Criterios Diagnósticos según el CIE-10

La Clasificación Internacional de Enfermedades, en su 10ma edición (CIE-10) establece como criterio para el diagnóstico que el individuo manifieste un mínimo de seis signos de déficit de atención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad, y que a su vez generen disfunción en al menos dos entornos.

Tabla 3. Criterios diagnósticos según el DÉFICIT DE ATENCIÓN del Trastorno de Déficit de Atención/hiperactividad (TDAH) según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10)

DÉFICIT DE ATENCIÓN
Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses, en un grado que es mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del infante (20):

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Frecuente incapacidad para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
5. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
8. Fácilmente distraído por estímulos externos.
9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diaria. (20)

Fuente: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/cie-x-clasificacion-internacional-enfermedades.pdf>

Tabla 4. Criterios diagnósticos según la HIPERACTIVIDAD del Trastorno de Déficit de Atención/hiperactividad (TDAH) según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10)

HIPERACTIVIDAD
Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño (20):
<ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en el asiento. 2. Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos puede manifestarse sólo por sentimientos de inquietud). 4. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.

5. Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social. (20)

Fuente: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/cie-x-clasificacion-internacional-enfermedades.pdf>

Tabla 5. Criterios diagnósticos según la IMPULSIVIDAD del Trastorno de Déficit de Atención/hiperactividad (TDAH) según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10)

IMPULSIVIDAD
Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persistente durante al menos seis meses, en un grado mal Adaptativo e inconsistente con el nivel del desarrollo del niño (20):
<ol style="list-style-type: none">1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás (p. ej., irrumpe en las conversaciones o juegos de los otros).4. Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales. (20)

Fuente: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/cie-x-clasificacion-internacional-enfermedades.pdf>

Así como en el DSM-5, los criterios del CIE-10 deben cumplir ciertas condiciones las cuales son (20):

- El inicio del trastorno no tiene lugar después de los siete años de edad.
- Carácter generalizado: los criterios deben ser evidentes en más de una situación. Esto implica que la combinación de déficit de atención e hiperactividad debe manifestarse tanto en el entorno doméstico como en el escolar, o en la escuela y otros contextos donde se pueda observar al niño, como en una consulta médica.

- Los síntomas de Déficit de atención a Impulsividad deben causar malestar clínicamente significativo o provocar alteraciones en el desempeño social, académico o laboral.
- El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastornos de ansiedad. (20)

2.8.4 Escala de autoinforme del TDAH en adultos (ASRS-v1.1)

La Escala de Autoinforme del TDAH en Adultos (ASRS-v1.1), recomendada por la Organización Mundial de la Salud para la detección del TDAH en adultos, consta de 18 preguntas, las primeras seis preguntas son especialmente indicativas de síntomas relacionados con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En este proceso, se solicita al paciente que marque la casilla que mejor refleje la frecuencia de aparición de cada síntoma en los últimos seis meses, si se registran cuatro o más marcas en las casillas más resaltadas, se sugiere que el paciente presenta síntomas que están fuertemente vinculados con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En tal caso, se recomienda una evaluación más detallada de acuerdo con el juicio del profesional médico. (17)

Ilustración 3. Cuestionario auto informado de cribado del adulto para TDAH (ASRS-V1,1)

Cuestionario autoinformado de cribado del adulto-V1.1 (ASRS-V1.1) de la Entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS					
Fecha					
<p>Marque la casilla que mejor describe la manera en que se ha sentido y comportado en los últimos 6 meses. Por favor, entregue el cuestionario completado a su médico durante su próxima visita para discutir los resultados.</p>					
	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para acabar los detalles finales de un proyecto, una vez que ha terminado con las partes difíciles?					
2. ¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?					
3. ¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para recordar citas u obligaciones?					
4. Cuando tiene que realizar una tarea que requiere pensar mucho, ¿con qué frecuencia evita o retrasa empezarla?					
5. ¿Con qué frecuencia mueve continuamente o retuerce las manos o los pies cuando tiene que permanecer sentado por mucho tiempo?					
6. ¿Con qué frecuencia se siente demasiado activo e impulsado a hacer cosas, como si lo empujase un motor?					

Fuente: [https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/ahd/6Q_Spanish%20\(for%20Spain\)_final.pdf](https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/ahd/6Q_Spanish%20(for%20Spain)_final.pdf)

2.8.5 Exámenes complementarios

Como se mencionó anteriormente el diagnóstico es sumamente clínico para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, no existe ningún biomarcador de TDAH, por consiguiente, no hay evidencia alguna que permita realizar un diagnóstico específico. Las pruebas adicionales o exámenes complementarios requeridos tienen como objetivo descartar la presencia de condiciones médicas que podrían haberse manifestado con síntomas similares a los del TDAH. (21)

Puede ser necesario llevar a cabo pruebas adicionales con el fin de descartar posibles enfermedades, siempre guiadas por la información recopilada en la historia clínica:

- **Electroencefalograma (EEG):** en situaciones donde se sospeche la presencia de ausencias u otras crisis epilépticas.
- **Análisis de sangre:** incluyendo hemograma, TSH, screening de celiaquía, ferritina y creatina quinasa.
- **Resonancia magnética cerebral:** únicamente en casos de sospecha de daño cerebral, presencia de anomalías en la exploración neurológica, o indicios de un trastorno neurodegenerativo.
- **Evaluación neuropsicológica:** aunque no es esencial para el diagnóstico, se recomienda encarecidamente para evaluar el rendimiento cognitivo, descartar posibles trastornos del aprendizaje, analizar las funciones ejecutivas y medir la capacidad de atención. (22)

Existen otras pruebas que, en la práctica clínica actual, las cuales no se llevan a cabo de manera común, como los estudios de secuenciación genética, pruebas de neuroimagen funcional, análisis de neurotransmisores o EEG cuantificado, cuyo uso en la actualidad se limita a la investigación médica. (22)

2.9 Tratamiento

El tratamiento debe ser abordado como una condición crónica y evolutiva, que puede manifestarse clínicamente en distintas edades durante el desarrollo del paciente, acompañando a los individuos a lo largo de su vida con duraciones variables, con la posibilidad de remisión. Sabiendo esto la intervención hacia este tipo de pacientes y su tratamiento debe ir en dependencia con el tiempo y evolución del paciente. (10)

El tratamiento del TDAH se basa principalmente en dos componentes: las terapias psicológicas - conductuales (no farmacológico) y el tratamiento farmacológico.

2.9.1 Tratamiento no farmacológico

En el caso de niños y adolescentes, la intervención conductual se centra principalmente en la implementación de estrategias de gestión parental, la realización de entrevistas con los educadores y la aplicación de programas estructurados de desarrollo de habilidades sociales para los jóvenes. (23)

2.9.1.1 Tratamiento psicoterapéutico

- Preescolares (< 5 años)

La guía del NICE sugiere que los niños en edad preescolar no sean sometidos a tratamiento farmacológico, y en su lugar, propone que los padres, madres o cuidadores participen en programas educativos, la guía aboga por estas estrategias como la primera opción para niños en edad escolar y adolescentes, reservando el tratamiento farmacológico para aquellos con afectación moderada o en los que haya rechazado a la terapia no farmacológica. (24)

Se debe priorizar las intervenciones psicosociales como la opción principal de tratamiento, esto se fundamenta en la observación de que, en las etapas tempranas de la infancia, los niños tienden a mostrar una menor respuesta a tratamientos farmacológicos, además de tener una mayor propensión a experimentar efectos adversos. (11)

Otros autores mencionan que la terapia conductual podría ser considerada como una opción inicial de tratamiento en casos de síntomas leves, se sugiere la implementación de un programa de capacitación para padres centrado en este trastorno, el cual proporciona información detallada sobre el trastorno, enseñar estrategias para manejar de manera adecuada tanto las conductas inapropiadas como las apropiadas, abordar los problemas de comportamiento en entornos públicos y anticipar posibles desafíos conductuales, en este grupo de edad no se aconseja el uso de medicación. (1)

- Escolares (>5 años)

En niños mayores de 5 años, se podría considerar la recomendación de participar en un programa de intervención conductual. Este enfoque terapéutico tiene como objetivo principal la modificación de comportamientos mediante el aumento de conductas positivas y la reducción de aquellas no deseables, este tipo de terapia se centra específicamente en el

desarrollo de habilidades sociales, resolución de problemas, autocontrol, capacidad de escucha activa y gestión emocional. (1)

En casos de afectación grave en niños, se indica que el tratamiento farmacológico es la primera elección, acompañado de programas educativos o de entrenamiento para los padres, el caso de rechazar el tratamiento farmacológico, se puede considerar una intervención psicológica, aunque se advierte que los beneficios esperados son menores. (24)

- **Adolescentes y adultos**

En adolescentes y adultos, la (Asociación Psiquiátrica Peruana) APP en su reciente guía práctica de manejo del TDAH, recomienda el uso de psicoestimulantes como tratamiento de primera línea en este tipo de paciente con TDAH, dado que los beneficios de la terapia farmacológica superan los efectos adversos. (25)

2.9.2 Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico, se clasifican en dos categorías según el perfil principal de su mecanismo de funcionamiento: estimulantes (metilfenidato y anfetaminas) y no estimulantes (atomoxetina, guanfacina, clonidina y viloxazina), estos medicamentos y su disponibilidad varía en dependencia del país.

Se recomienda su implementación en niños mayores de seis años y adolescentes, estos deben ser introducidos en situaciones en las que no se evidencie progreso mediante la terapia conductual, siempre y cuando haya consentimiento de los padres. (22)

Tabla 6. Comparación de fármacos estimulantes vs No estimulantes

ESTIMULANTES	NO ESTIMULANTES
Actúa sobre la dopamina y la noradrenalina	Actúa principalmente sobre la noradrenalina.
Poco tiempo para lograr el efecto terapéutico.	Tarda varias semanas en tener un efecto terapéutico.
Eliminado del cuerpo al final de cada día	Ofrecer control de síntomas las 24 horas
No es necesario tomarlo todos los días; por ejemplo, se puede tomar en días laborables y extrañado los fines de semana.	No se debe detener repentinamente
Riesgo de abuso	Sin potencial de abuso

Fuente: Doi. 10.12968/hmed.2019.0188

2.9.2.1 Fármacos Estimulantes

Los estimulantes psicofarmacológicos constituyen la categoría de medicamentos más exhaustivamente investigada y empleada en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, se han llevado a cabo numerosos ensayos clínicos aleatorios con el objetivo de evaluar la eficacia y seguridad a corto plazo de estos estimulantes en la población pediátrica, adolescente y adulta los cuales concluyen en su seguridad y beneficios, al menos a corto plazo. (26)

Los estimulantes psicofarmacológicos son la opción terapéutica más efectiva disponible para el tratamiento del TDAH, se observan beneficios agudos, manifestándose generalmente en el plazo de una hora después de la administración de una dosis adecuada, y estos beneficios persisten hasta que el fármaco es metabolizado, lo cual está condicionado por las propiedades farmacocinéticas y la forma de administración del medicamento. (26)

Los fármacos estimulantes actúan como inhibidores selectivos de la recaptación presináptica de la dopamina, el fármaco de primera línea es el metilfenidato según estudio disminuye el riesgo de suicidio, pero también se encuentra en este grupo la lisdexanfetamina, la cual también actúa como inhibidor de la recaptación presináptica de noradrenalina. (22)

- **Metilfenidato:** Se cree que actúa bloqueando la recaptación de serotonina y noradrenalina en la neurona presináptica, haciendo así más disponible en el espacio sináptico (17). Se encuentra disponible en la formulación oral de liberación inmediata y también en una variedad de formulaciones de liberación prolongada, se recomienda como fármaco de primera línea en infantes mayores de 6 años y demás pacientes en adelante, o en manifestaciones severas o manifestaciones moderadas que no responden a la intervención psicológica, la dosis debe incrementarse gradualmente hasta experimentar el mayor beneficio sin riesgo de efectos adversos. Se recomienda iniciar metilfenidato de acción inmediata o prolongada a una dosis inicial de 0.2 mg/kg para niños, y adolescentes - adultos en una titulación entre 4 a 6 semanas hasta un máximo de 60 mg/kg al día. (1)
- **Lisdexanfetamina:** derivado de las anfetaminas, lleva dextroanfetamina con lisina, tiene una duración aproximada de 13 horas, su presentación es de una cápsula que se puede diluir y tiene presentaciones de 30, 50, 70 mg. (21)

Está autorizado para su uso en adultos, el cual tiene su proceso de hidrólisis una velocidad limitada, lo que reduce significativamente el potencial de abuso de la lisdexanfetamina en comparación con la dexanfetamina. (17)

Se ha descrito que, al mantener la medicación, se evidencia que estos beneficios agudos perduran durante al menos un año, aunque podría requerirse ajustar las dosis para preservar la plena eficacia del tratamiento. (26)

Ilustración 4. Tratamientos farmacológicos Psicoestimulantes

Fármaco	Presentaciones	Efecto	Ventajas	Efectos secundarios
Psicoestimulantes				
Metilfenidato (MFD)				
MFD liberación inmediata	5, 10, 20 mg	4 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Permite ajustar la dosis • Pauta flexible • Barato 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de apetito • Pérdida de peso • Palpitaciones, cefalea
MFD liberación modificada (50/50 y 30/70)	5, 10, 20, 30, 40, 50, 60 mg	8 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Cubre toda la mañana • Se puede abrir la cápsula 	<ul style="list-style-type: none"> • Labilidad emocional
MFD liberación prolongada OROS	18, 27, 36, 54 mg	10-12 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Efecto progresivo • Mayor duración 	
• Lisdexanfetamina (LDX)				
Lisdexanfetamina	30, 50, 70 mg	13 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Larga duración • Se puede abrir 	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio, • Pérdida de apetito • Alteraciones digestivas • Mareo

Fuente: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09.pdf>

2.9.2.2 Fármacos No Estimulantes

El un tercio de pacientes que se les administra los fármacos de primera línea no responden esa medicación por lo cual los agentes de segunda línea ósea los fármacos No estimulantes (Atomoxetina), pueden ser considerados en pacientes que enfrentan efectos adversos notables, como por ejemplo la labilidad emocional o los TICS, lo cual es para aquellos pacientes que no responden positivamente al metilfenidato o que carecen de acceso al mismo, se ha descrito que pueden ser empleados de manera complementaria con los fármacos estimulantes, actuando como adyuvantes en casos en los que la respuesta a estos últimos no sea adecuada. (1)

- **Atomoxetina:** Es un agente que bloquea la recaptación de noradrenalina, con un aumento adicional de dopamina en la región de la corteza prefrontal, se han informado situaciones de daño hepático en algunos casos, los cuales se solucionan al suspender el uso del fármaco. La dosis inicial recomendada de atomoxetina es de 0.5 mg/kg al día, con un aumento a 1.2 mg/kg al día después de dos semanas y la máxima efectividad se evidencia entre las dos y seis semanas de tratamiento. (17)
Este fármaco se encuentra aprobado por la FDA a partir de los 6 años, en la mayoría de las guías de práctica clínica se encuentra como 2da o 3ra línea de recomendación, cuenta con la advertencia sobre el riesgo de incrementar la ideación suicida. (11)
- **Guanfacina:** es un Alfa-2 agonista central y requiere titulación semanal (0,05-0,12 mg/kg/día), además de tener presentaciones de 1, 2, 3, 4 mg que no se deben machacar las cuales se pueden administrar en el desayuno y en la merienda. Se utiliza en monoterapia y como coadyuvante de otros tratamientos, cuando presentan tics, niños con hiperexcitabilidad o irritabilidad, agresividad, alteraciones del sueño. (21)

Ilustración 5. Tratamientos farmacológicos No Psicoestimulantes

Fármaco	Presentaciones	Efecto	Ventajas	Efectos secundarios
• No psicoestimulantes				
Atomoxetina	10, 18, 25, 40, 60, 80, 100 mg Jarabe 4 mg/ml	24 horas	• Control de tics e impulsividad • Útil si hay ansiedad	• Pérdida de apetito • Mareo • Síntomas digestivos
Guanfacina liberación prolongada	1, 2, 3, 4 mg	24 horas	• Control de tics e impulsividad	• Ganancia de peso • Somnolencia

Fuente: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09.pdf>

2.9.2.3 Efectos adversos

Tabla 7. Reacciones adversas de fármacos estimulantes y no estimulantes relacionados al tratamiento de TDAH.

REACCIONES ADVERSAS	<i>Metilfenidato (diferente metilfenidato formulaciones)</i>
	Disminución del apetito, insomnio o alteraciones del sueño, ronquidos, falta de respiración o jadeos mientras dormir, sonambulismo, varias posiciones para dormir, enuresis, hablar para dormir, número de horas de sueño, número de movimientos nocturnos, calidad del sueño, malestar estomacal, mareos, dolor de

	cabeza, irritabilidad, náuseas, vómitos, taquicardia, aumento de la presión arterial, mal humor, pérdida de peso (dosis más alta), trastorno psicótico, arritmias. (14)
	<i>Anfetamina (diferentes formulaciones)</i>
	Supresión del apetito, pérdida de peso, insomnio, dolores de estómago, dolores de cabeza, irritabilidad, mareos, posible inhibición del crecimiento, exacerbación de la psicosis y tics, y posible aumento del nivel de sangre presión y pulso. (14)
	<i>Atomoxetina</i>
	Cefalea, náuseas, dolor abdominal, disminución del apetito, mal humor y somnolencia. (14)
	<i>Guanfacina</i>
	Somnolencia, sedación, dolor de cabeza, dolor abdominal superior y fatiga. (14)

Fuente: doi:10.1055/s-0040-1701658

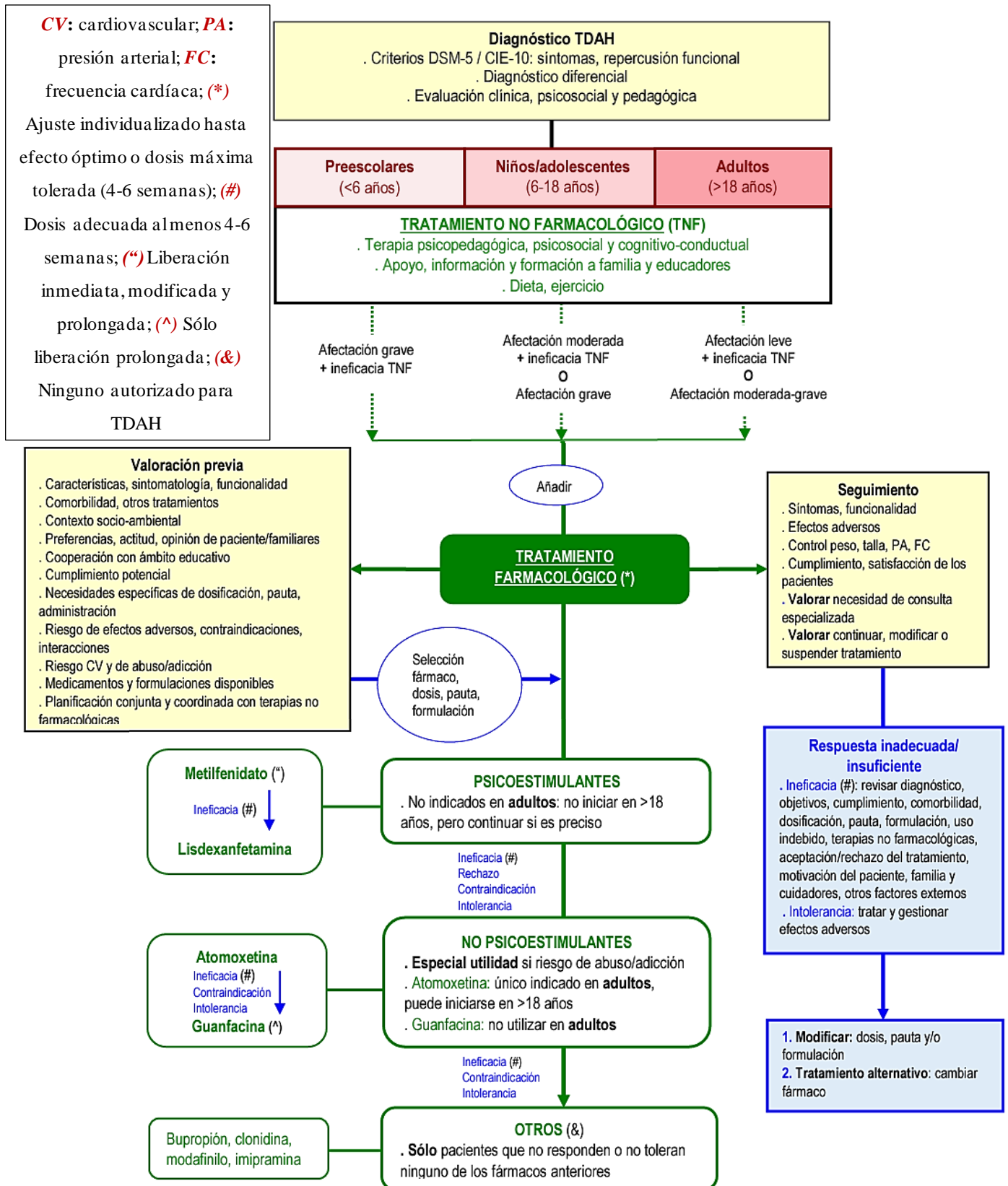
2.9.3 Tratamientos alternativos

La guía revisada de la (American Academy of Pediatrics) AAP 2011, no recomienda ni fomenta terapias alternativas, ya que no hay suficiente evidencia científica que las respalde sus resultados beneficiosos en el TDAH en ninguna edad. Sin embargo, entre el 12% y el 64% de las familias informan el uso de tratamientos complementarios y terapias alternativas. (25)

Entre algunas de estas terapias alternativas están (1):

- Entrenamiento cognitivo;
- Neurofeedback;
- Terapias dietéticas (ácidos grasos poliinsaturados, aminoácidos, minerales);
- Terapias herbales;
- Homeopatía y actividad física como tratamiento del TDAH. (1)

Ilustración 6. Algoritmo de diagnóstico y tratamiento del Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)



Fuente: https://www.cadime.es/images/documentos_archivos_web/ALGORITMOS/2018/

CADIME_ALGORITMO_TDAH_2018.pdf

CAPÍTULO III

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo y Diseño de la investigación

Se realizó una investigación básica y no experimental, corte transversal, cronología retrospectiva, el alcance fue descriptivo y enfoque cualitativo por lo que no se manipulo variables.

Descriptivo debido a que la investigación está orientada a la descripción de las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas del TDAH por lo cual se realizó una revisión bibliográfica no sistemática para obtener información actualizada relacionada con el manejo diagnóstico y terapéutico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Por el mismo hecho revisó cada uno de los artículos científicos, guías de diagnóstico clínico y terapéuticos, libros tanto físicos como digitales, publicaciones de alto impacto en revistas indexadas, plataformas y repositorios universitarios digitales necesarios y seleccionados para que así cumplan con los objetivos de la investigación.

Cronología retrospectiva debido a que la información ya estaba plasmada y registrada en todas las fuentes de información antes de la realización de la presente investigación, poseyendo un enfoque cualitativo por el hecho de que todas las fuentes de información fueron de los últimos 5 años, cada uno de estos elementos fue identificado, estudiado y analizado de forma independiente, determinando el tipo investigación, los distintos métodos y objetivos de estudios utilizados e implementados.

3.2 Técnica de recolección de datos

Se hizo uso de la revisión bibliográfica no sistemática como técnica de investigación con el fin de permitir realizar una búsqueda de información científica actualizada con documentos relacionados con el tema de investigación propuesto, mencionando que se hizo uso de la herramienta “CRF – QS” o denominado Critical Review Form – Quantitative Studies (*Ver anexo I*), la cual sirvió para valorar la calidad metodológica de los documentos utilizados y de esta manera proporcionar resultados y una discusión más objetiva. Los documentos se centraron en los elementos relacionados con las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas del TDAH.

La revisión bibliográfica se centra en el acceso a información publicada en la web con destaque para artículos científicos publicados en revistas indexadas en base de alto impacto

(PubMed, Elsevier) y bases de datos regionales (Scielo y Redalyc), además de plataformas y repositorios digitales universitarios, también se usó otros documentos físicos que no se encuentren disponible en la web los cuales contienen información sensible para la investigación; en este último caso los documentos que aporten información al estudio fueron debidamente citados y referenciados según las normas “Vancouver” de referencia internacional las cuales fueron utilizadas en la investigación. Se hizo uso de descriptores de salud en idioma inglés y español, además de operadores booleanos con la finalidad de aumentar el número de documentos a revisar y de acercar los temas de dichos documentos al eje central del estudio.

3.3 Universo y muestra

La población de estudio de la presente investigación fueron una totalidad de 55 publicaciones entre la que contarios fuentes primarias y secundarias respectivamente, entre estas publicaciones constaron documentos de revistas indexadas, artículos científicos, libros digitales o de texto, plataformas y repositorios digitales, Guías de diagnóstico clínico y terapéutico del Trastorno de Déficit de atención e hiperactividad.

La muestra de investigación quedó conforma por los 30 documentos que fueron identificados con aportaciones relevantes relacionadas a la Actualización de la conducta diagnóstica y terapéutica del Déficit de Atención e Hiperactividad, las cuales cumplieron distintos requisitos considerados como Criterios de Inclusión:

- Tiempo de publicación de artículos científicos, artículos revistas indexadas, guías de diagnóstico clínico y terapéutico que no exceda los 5 años; en el caso específico de los libros de textos puede extenderse hasta 10 años posteriores a su publicación. En dependencia de la cantidad de documentos a la que se tenga acceso, por ser un tema poco difundido, puede ampliarse igualmente el término de referencia de búsqueda hasta 10 años.
- Documentos que tengan como eje central de investigación los elementos clínicos, diagnósticos y terapéuticos del TDAH.
- Documentos en los cuales se identifique un adecuado esquema metodológico, sin presencia de sesgos de inclusión o publicación.

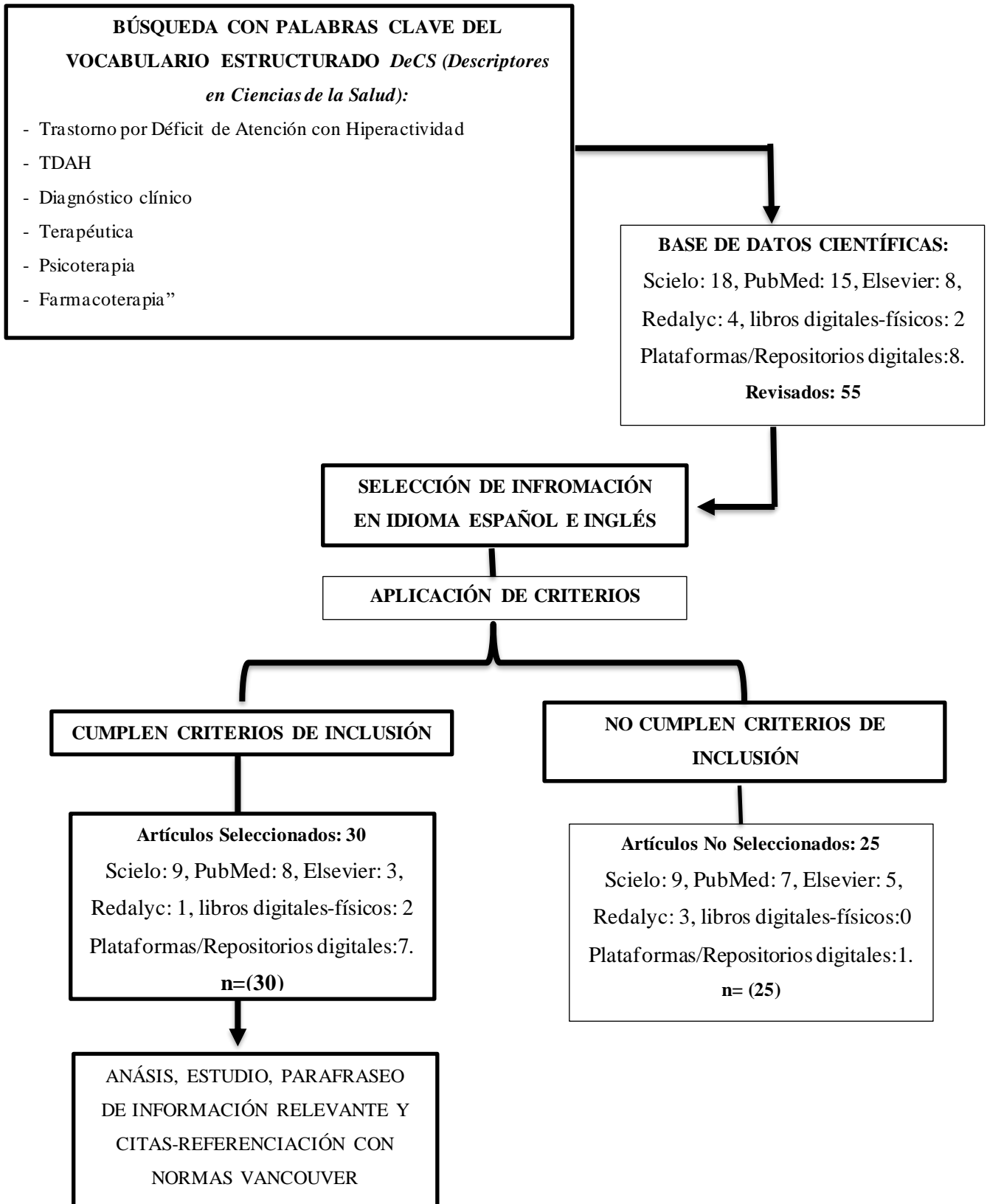
Criterios de exclusión.

Documentos científicos, revistas indexadas, guías de diagnóstico clínico y terapéutico publicados hace más de 5 años, es decir, anteriores a 2018, serán considerados criterios de

exclusión. Se excluyen aquellos con acceso restringido, así como documentos sin autor identificado en sus descripciones. Además, se descartarán publicaciones que carezcan de información relevante para cumplir los objetivos de la investigación o que no exhiban características científicas en su contenido.

Para realizar la identificación y selección de documentos se usó un flujograma que incluye varios requisitos necesarios su cumplimiento para ser incluidos dentro de la muestra definitiva del estudio. Cada uno de los 30 documentos que finalmente fueron incluidos en el estudio fueron leídos íntegramente para identificar y seleccionar la información considerada como importante para ser contenida dentro del informe final de la investigación.

Ilustración 7. Flujograma de identificación y selección de documentos



3.4 Procesamiento de Datos

Toda la información obtenida fue organizada y homogenizada mediante su incorporación en un modelo de recolección de información creado en Microsoft Excel, el cual es definido específicamente para el estudio. La información fue analizada minuciosamente para poder llegar a obtener resultados de investigación, que fueron discutidos y enriquecidos con la opinión del equipo de investigación. A partir del análisis de la revisión bibliográfica se pudo formular conclusiones y emitir recomendaciones relacionadas con el problema de investigación, las que están orientadas a la solución parcial o total del problema de investigación planteado.

Se respetan los derechos de autoría en la información obtenida y utilizada para el estudio. Adicionalmente se tuvo presente no incluir datos personales que permitan la identificación de los pacientes, aunque estos estén incluidos en los textos revisados. Los resultados del estudio y los datos obtenidos, fueron utilizados únicamente con fines investigativos. Estos elementos formaran parte de los principios éticos con los que se trabajó la investigación.

Para la búsqueda de cada uno de los artículos se usaron las siguientes palabras claves del vocabulario estructurado y cuatrilingüe **DeCS** (Descriptores en Ciencias de la Salud), en los diferentes en revistas indexadas en base de alto impacto (PubMed, Elsevier) y bases de datos regionales (Scielo y Redalyc): (*Ver ilustración 7*)

- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- TDAH
- Diagnóstico clínico
- Terapéutica
- Psicoterapia
- Farmacoterapia

Cabe recalcar que, para evaluar las 30 muestras de la investigación tomadas, y tener resultados junto a las discusiones de manera que sean objetivas, se hizo uso de la herramienta “CRF – QS” o denominado Critical Review Form – Quantitative Studies (*Ver anexo I*). La herramienta utilizada sirvió para valorar la calidad metodológica de los documentos que se utilizaron para el presente estudio mediante la valoración por puntuación, constanding de 8 criterios y 19 puntos, se valora de la siguiente manera:

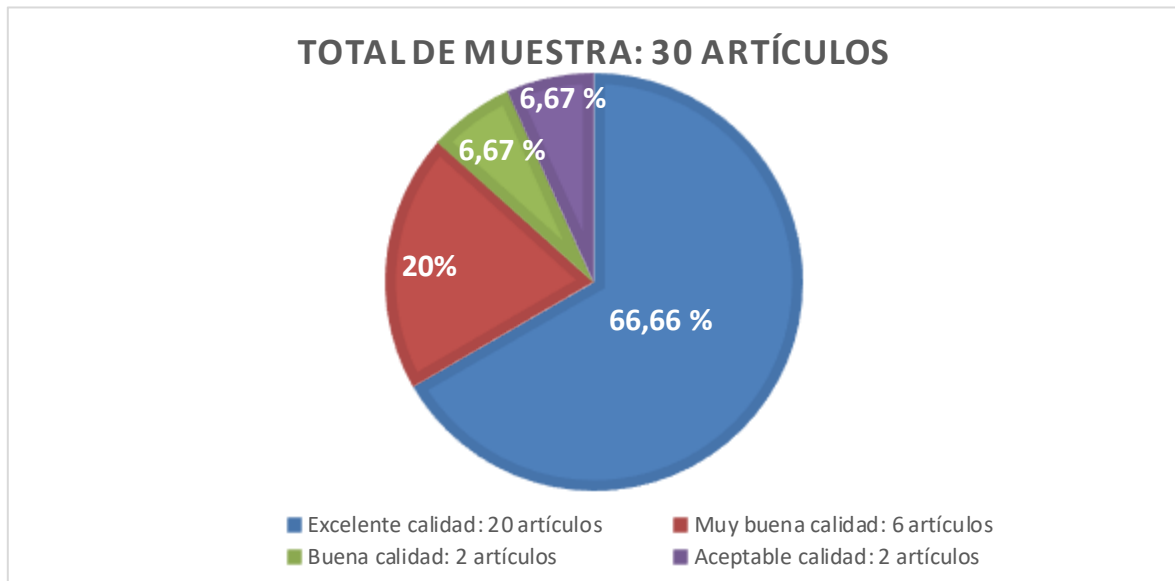
- Pobre calidad metodológica ≤ 11 criterios.
- Aceptable calidad metodológica 12 y 13 criterios.
- Buena calidad metodológica 14 y 15 criterios.
- Muy buena calidad metodológica 16 y 17 criterios.
- Excelente calidad metodológica ≥ 18 criterios.

Tabla 8. Criterios de calidad metodológica según CRF - QS (Critical Review Form – Quantitative Studies)

<i>CRITERIOS</i>	<i>NO ÍTEMS</i>	<i>ELEMENTOS PARA VALORAR</i>
Finalidad del estudio	1	Objetivos precisos, concisos, medibles y alcanzables
Literatura	2	Relevante para el estudio
Diseño	3	Adecuación al tipo de estudio
	4	No presencia de sesgos
Muestra	5	Descripción de la muestra
	6	Justificación del tamaño de la muestra
	7	Consentimiento informado
Medición	8	Validez de las medidas
	9	Fiabilidad de las medidas
Intervención	10	Descripción de la intervención
	11	Evitar contaminación
	12	Evitar co-intervención
Resultados	13	Exposición estadística de los resultados
	14	Método de análisis estadístico
	15	Abandonos
	16	Importancia de los resultados para la clínica
Conclusión e implicación clínica de los resultados	17	Conclusiones coherentes
	18	Informe de la implicación clínica de los resultados obtenidos
	19	Limitaciones del estudio

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 8. Representación gráfica de la calidad metodológica de los artículos de la investigación



Fuente: Elaboración propia

Análisis. - Una vez que se realizó la matriz de calidad metodológica según CRF-QS, se evidencia que, del total de la muestra de los 30 artículos utilizados en la presente investigación, 20 de ellos tuvieron una categoría de excelente calidad metodológica (66.66%), 6 tuvieron una categoría de Muy Buena calidad metodológica (20%), 2 obtuvieron una categoría de Buena calidad metodológica (6.67%) y de la misma manera 2 tuvieron una calidad aceptable (6.67%). Aduciendo que la presente investigación al hacer uso de esta herramienta que evalúa las muestras demostró cuan útiles fueron los artículos para la investigación.

CAPÍTULO IV.

4. RESULTADOS

Continuación se muestra los resultados obtenidos con los artículos que se utilizaron para la investigación para así realizar la triangulación del primer objetivo de la investigación el cual era: describir las características clínicas de los pacientes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad; consecuentemente se pasará a la triangulación del segundo objetivo y finalmente a la triangulación del tercer objetivo.

Tabla 9. Triangulación de variables – Características clínicas de pacientes con TDAH

AUTOR	CATEGORIA (Características clínicas de pacientes con TDAH)	APORTE	POBLACIÓN	INSTRUMENTOS
<p>Rusca Jordán, F; Cortez Vergara, C (2020)</p>	<p>En la edad preescolar (2 a 5 años) destacarán la presentación hiperactiva/impulsiva la cual es más prevalente que la presentación inatenta puesto que es una edad aún difícil de evidenciar problemas atencionales. En Mayores de 6 años pueden ser más evidentes síntomas de agresividad y oposicionismo. En la adolescencia los síntomas asociados a hiperactividad empezarán a disminuir, la impulsividad e inatención continuarán dificultando la adaptación saludable, existe mayor riesgo de baja autoestima, distorsión del autoconcepto, y el riesgo de suicidio o consumo de sustancias.</p>	<p>Las manifestaciones clínicas varían según la edad, no solo se centra en el tridente clásico como la inatención, hiperactividad e impulsividad, a edad preescolar domina mucho más la hiperactividad e impulsividad, a edad escolar predomina la agresividad y oposicionismo a diferencia que en la adolescencia disminuye la hiperactividad con más riesgo de baja autoestima, riesgo de suicidio y consumo de sustancias ilícitas.</p>	<p>Artículo tipo revisión clínica de 31 artículos previamente publicados.</p>	<p>Revisión clínica de información previa actualizada del tema.</p>

<p>Llanos Lizcano, L; García Ruiz, D; González Torres, H; Puentes Rozo, P; (2019)</p>	<p>Se confirmó que 59 (15%) tenían diagnóstico de TDAH y se encontró una relación estadísticamente significativa entre el subtipo inatento con la agorafobia y los episodios depresivos, entre el subtipo hiperactivo con el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de angustia y entre la depresión y el riesgo de suicidio con el subtipo combinado.</p>	<p>De la misma manera a edades escolares y adolescentes existe, con la presentación del TDAH de inatento existe la presencia de ansiedad y depresión, con la presentación hiperactivo existe la presencia de oposicionismo y con la presentación combinada la presencia de depresión e ideación suicida.</p>	<p>383 niños de una institución educativa de edades entre 6 a 17 años</p>	<p>Prueba de tamizaje (CHECKLIST y BASC) Entrevista estructurada (MINI)</p>
<p>Hinshaw, Stephen; (2018)</p>	<p>Los pacientes adultos con TDAH también se vuelven pacientes adultos mayores con TDAH, considerando que la mayoría de los estudios sobre el TDAH en adultos se centran en jóvenes adultos hasta la tercera década de vida se puede decir que pocos estudios sobre el TDAH se están centrando en el envejecimiento, pero los síntomas del TDAH todavía están presentes, con predominio atencional pero también observaciones de hiperactividad/impulsividad.</p>	<p>Aunque la mayor parte de estudios se centran solo en la población infantil, adolescentes y adultos referente a la sintomatología del TDAH, también este trastorno no se puede remitir hasta la adultez y prevalecer en la tercera edad con un predominio de la falta de atención en predominancia.</p>	<p>Artículo tipo revisión clínica de 70 artículos previamente publicados</p>	<p>Revisión clínica de información previa actualizada del tema.</p>

<p>Valverde Peralta, G; Almeida Monge, E; Sumba Bautista, M; Jiménez Vilema, M; (2020)</p>	<p>Las personas con TDAH presentan un sinnúmero de manifestaciones clínicas, las de mayor frecuencia de presentación son la sensación de no lograr los propósitos, dificultades para organizarse, tendencia a decir lo primero que pasa por la cabeza sin tener en cuenta un apropiado del comentario, necesidad de buscar y experimentar nuevos estímulos, dificultades para concentrarse, abstraerse y problema para desenvolverse.</p>	<p>El número de manifestaciones clínicas en los pacientes con este trastorno varía del individuo, pero se sigue manteniendo la triada clásica es decir la falta de atención, hiperactividad e impulsividad, además de esta sintomatología clásica se puede presentar dificultad para la organización, dificultad para la concentración, problemas de abstinencia y de comportamiento lo que afecta su relación a nivel social.</p>	<p>50 niños cuyo diagnóstico sea de TDAH, procedentes de cursos básicos de las instituciones educativas de primaria.</p>	<p>TMMS24</p>
<p>Bermúdez Arroyo, C; Adum Lípari, M; (2021)</p>	<p>Durante el Covid-19 se han originado cambios radicales en las rutinas para cualquier niño con TDAH, el 70% presentan cambios adicionales como depresión, ansiedad, negativismo, mayor irritabilidad, pánico, angustias, aumento del estrés.</p>	<p>Ciertas situaciones pueden agravar la sintomatología del TDAH, estas situaciones se pudieron valorar en la pandemia debido a que se exacerbaban ciertas manifestaciones clínicas como la depresión, pánico, estrés, negativismo todo esto en dependencia de la edad del paciente con este trastorno.</p>	<p>Artículo tipo revisión clínica de 37 artículos previamente publicados</p>	<p>Revisión clínica de información previa actualizada del tema.</p>

<p>Díaz de León Sucedo, M; Martínez Martínez, A. (2020)</p>	<p>Los resultados en este estudio indican que el TDAH incide más en niños (63%) que en niñas (37%), es frecuente la presencia de hiperactividad, sobre todo mental, y comportamiento impulsivo que puede expresarse mediante inestabilidad emocional y conductas impulsivas que incluyen la inquietud motora.</p>	<p>Como se sabía a lo largo de la revisión bibliográfica la incidencia afecta más en el género masculino que al femenino y es demostrado con este estudio, además de la presencia de hiperactividad mental en especial por ser escolares la población del presente estudio, afectando en esta etapa de edad su desarrollo desde el punto social, emocional y cognitivo.</p>	<p>46 niños de 6 a 12 años, provenientes de todos los estratos sociales en Ciudad Juárez, Chihuahua, México.</p>	<p>Técnica de intervención multisensorial para controlar el déficit de atención e hiperactividad (TIMCO)</p>
<p>Molinar Monsiváis, J; Cervantes Herrera, A; (2021)</p>	<p>Al desconocer las manifestaciones clínicas del trastorno, el docente genera actitudes de estrés (85.7%), enojo (42.9%) y frustración (85.7%), esta sintomatología impide ejecutar adecuadamente las actividades diarias de los niños presentando dificultades en la conducta por la incapacidad para inhibir los impulsos y para regular sus propias emociones.</p>	<p>Cierto desconocimiento de manifestaciones clínicas por parte de personas que deben interactuar en la vida diaria de los niños con este trastorno provoca actitudes negativas que se ve reflejados en los niños con TDAH debido a que estos pacientes debido a su padecimiento presentan incapacidad de inhibir impulsos o incluso regular sus emociones imposibilitando un buen desarrollo en este caso a nivel escolar.</p>	<p>19 personas que cuentan con un nivel de estudio de licenciatura en educación, con un rango de edad que oscila entre los 23 y 62 años.</p>	<p>Análisis categórico por medio del coeficiente Kappa de Cohen en dependencia de criterios</p>
<p>Pinochet Quiroz, P; Belmar Mellado, M; Lagos Luciano, J; Gálvez Gamboa, F;</p>	<p>El Inventario de Comportamiento Infantil y Adolescente CABI, presenta validez de constructo mostrándose apropiado para poder de discriminar síntomas como los</p>	<p>Se sigue reiterando las manifestaciones clínicas, en la etapa de la niñez estas manifestaciones clínicas son de tipo conductual y atencional teniendo consecuencias a nivel escolar, pero en la</p>	<p>350 reportes de padres de estudiantes chilenos (214 mujeres, 61.2%; 136 hombres, 38.8%) de enseñanza básica (primero a</p>	<p>Propiedades psicométricas del CABI a través de un análisis factorial exploratorio por medio de las técnicas coeficiente Kaiser - Meyer- Olkin (KMO), Test de Esfericidad de Bartlett,</p>

Cruz Flores, A; (2020)	de tipo conductual y atencional los cuales están relacionados con problemas de aprendizaje, bajo rendimiento escolar de niños, en la adolescencia disminuyen los síntomas de hiperactividad, mientras que los de inatención e impulsividad pueden persistir hasta la etapa adulta, lo que ocasiona problemas para relacionarse con sus familiares y compañeros, baja autoestima e inestabilidad emocional y laboral.	adolescencia la clínica de la hiperactividad menor, pero los 2 elementos de la triada básica como son la inatención e impulsividad pueden remitirse hasta la edad adulta ocasionado que estos síntomas repercutan a nivel laboral o emocional.	octavo año básico), el rango de edad de 6 a 15 años	varimax, correlación de Pearson y el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados.
Carrasco Chaparro, Ximena (2022)	Los pacientes de TDAH pueden consultar por motivos diversos, no sólo por sus síntomas cardinales (inatención, hiperactividad, impulsividad). A distintas edades, las posibilidades son múltiples: temperamento difícil, retraso del desarrollo psicomotor leve, "inmadurez", retraso en aprendizajes básicos (p.ej. lenguaje), bajo rendimiento en cualquier contexto, dificultades	Las manifestaciones clínicas son varias sabiendo de la triada clásica, los síntomas pueden ir en dependencia de la edad ya sea preescolar, escolar, adolescente o adulto, debido al retraso en el desarrollo psicomotor el paciente puede ser inmaduro, incluso presencia de dislalia provocando déficit a nivel social, académico o emocional.	Artículo tipo revisión clínica de 76 artículos previamente publicados.	Revisión clínica de información previa actualizada del tema.

	sociales, escasa motivación, malos hábitos, indisciplina, etc.			
Escofet Soteras, C; Fernández Fernández, M; Torrents Fenoy, C; Martín del Valle, F; Ros Cervera, G; Machado Casas, I; (2022)	Los síntomas nucleares del TDAH se concretan en problemas en el control de la atención, el movimiento o los impulsos. Estas alteraciones deben iniciarse en la infancia (antes de los 12 años), manifestarse en 2 o más ambientes y producir una repercusión en la vida social, familiar o académica del paciente, actualmente también se considera la desregulación emocional por la dificultad para el control de las emociones.	La sintomatología se basa en 3 ejes fundamentales la “hiperactividad -déficit de atención – impulsividad” provocando disfunción a nivel social, académico, laboral o incluso sentimental debido la desregulación sentimental.	Protocolo tipo revisión clínica de 10 artículos previamente publicados.	Protocolo de información previa actualizada del tema.

Fuente: Elaboración propia

En base la triangulación (tabla 9), se puede determinar que absolutamente todos los artículos comentan que las características clínicas del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es muy variada, pero se basa en una triada básica o ejes fundamentales los cuales son “Inatención – Hiperactividad - Impulsividad”.

Los pacientes antes de ser diagnosticados pueden acudir al consultorio médico por motivos diversos, no sólo por sus síntomas cardinales antes mencionados por lo que dependiendo de la edad las posibilidades de padecer diferente sintomatología son múltiples, esta sintomatología va desde retraso del desarrollo psicomotor leve, retraso en aprendizajes básicos como el retraso en el lenguaje, bajo rendimiento en el desarrollo de diferentes actividades, dificultad con la interacción social, escasa motivación, malos hábitos, indisciplina (10) (16) (7) (6). En la edad preescolar (2 a 5 años) destacarán la presentación hiperactiva/impulsiva la cual es más prevalente que la presentación inatenta puesto que es una edad aún, en la edad escolar (> 5 años) pueden ser más evidentes síntomas de agresividad y oposicionismo, generalmente la mayor demanda de atención ocurre entre los 6 y 9 años de edad del, cuando ya las características del TDAH empiezan a impactar negativamente y afectar en el funcionamiento diario en la infancia ya sea a nivel académicos, sociales y dentro del entorno familiar. (1) (22)

En la adolescencia la mayoría de los niños previamente diagnosticados seguirán siendo identificados con el mismo diagnóstico, los síntomas relacionados con la hiperactividad tienden a disminuir, aunque la impulsividad y la falta de atención persisten, dificultando aún la adaptación saludable (1) (3). En la adolescencia existe una mayor tendencia a que existe mayor riesgo de baja autoestima, distorsión del autoconcepto, desencadenando disfunción familiar o relaciones sociales deficientes, con desempeño académico inferior y enfrentar el riesgo de involucrarse en el consumo de sustancias e incluso consideraciones suicidas (1). En esta etapa existe relación estadísticamente significativa entre la presentación de déficit de atención con la agorafobia y los episodios depresivos, y la presentación hiperactiva con el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de angustia, depresión y el riesgo de suicidio con la presentación combinada. (5)

En adultos, según algunos estudios realizados en diversos países mencionan que una proporción significativa alrededor del 54 al 87.4% de los pacientes presenta síntomas de inicio en la edad adulta, con un deterioro que va más allá de la infancia. Los cuales a su vez se vuelven adultos mayores, aunque no hay tanta evidencia debido a que la mayoría de

estudios se centra hasta la etapa adulta (23). Son también bastante frecuente en personas con TDAH la impaciencia, preocuparse innecesariamente de forma interminable, presencia de sensación de inseguridad, cambios en el estado de ánimo y en las actitudes hacia sus similares, inquietud, facilidad para caer en adicciones, problemas crónicos de autoestima, arranques de ira y el insomnio, todos pueden estar desde la infancia, pero suelen adquirir su mayor expresión en la edad adulta. (16,27)

Todas estas manifestaciones clínicas producen repercusiones en el paciente en diferentes etapas de su edad desde su niñez y si no existe remisión de los síntomas pasando a la adultez o incluso a la tercera edad llegando a afectar de manera social, académica, laboral, emocional e incluso a nivel sentimental.

Tabla 10. Triangulación de variables – Elementos diagnósticos en pacientes con TDAH

AUTOR	CATEGORIA (Elementos diagnósticos en pacientes con TDAH)	APORTE	POBLACIÓN	INSTRUMENTOS
Johnson, J; Morris, S; George, S; (2020)	El diagnóstico del TDAH es netamente clínico mediante la identificación de su clínica, en caso de sospecha, una evaluación integral para el diagnóstico eficaz, consiste en: HC exhaustiva y eficaz, recopilación de información que corrobore el diagnóstico, entrevista psiquiátrica al paciente, examen clínico completo, evaluación mediante escalas de calificación.	El diagnóstico del TDAH es netamente mediante la historia clínica por lo que esta debe ser detallada de manera precisa y eficiente por lo que se puede también apoyarse en algunas escalas o criterios diagnósticos, no existe mención de exámenes complementarios útiles para el diagnóstico del trastorno	Artículo tipo revisión clínica de 30 artículos previamente publicados.	Revisión clínica de información previa actualizada del tema.
Magnin, E; Maurs, C; (2017)	El diagnóstico es clínico por lo que se han establecido los criterios recientes para el TDAH del DSM-V, este es adecuado tanto para niños como para diagnosticar una población adulta. En esta versión reciente se han agregado ejemplos relevantes para una población adulta, estas modificaciones han	Debido a que el diagnóstico es clínico ciertas asociaciones internacionales como la Asociación Americana de Psiquiatría actualiza cada cierto tiempo del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales), una vez más se menciona que el diagnóstico se lo realiza en dependencia de la clínica del paciente por lo que será muy útil el sutil llenado de	Artículo tipo revisión clínica de 100 artículos previamente publicados.	Revisión clínica de información previa actualizada del tema.

	supuesto un aumento del 27% en el TDAH diagnósticos en comparación con los criterios del DSM-IV.	la historia clínica y proporciona ciertos criterios útiles tanto para adultos como para niños para un diagnóstico más oportuno.		
American Psychical Association- APA; (2022)	La historia clínica es considerada como la piedra fundamental para el diagnóstico del TDAH, por lo que el uso de criterios para este trastorno del DSM es indispensable, el diagnóstico con el DSM-5 muestran que los criterios del DSM-5 funciona tan bien para adultos como para niños, siendo útil para un diagnóstico de confianza, el DSM-5 hace esfuerzo para dirigirse a los adultos para garantizar que puedan recibir atención cuando la necesiten.	Una vez más el diagnóstico del TDAH se puede decir que es por medio de la clínica del paciente, en este caso cierta organizaciones o asociaciones como la APA mencionan que el uso del DSM-5 como criterios para el diagnóstico es importante debido a que en la versión actual a diferencia de las anteriores se puede usar en niños, adolescentes y adultos	Revisión clínica en base al DSM-5.	Revisión clínica de información previa actualizada del tema.
Rusca Jordán, F; Cortez Vergara, C (2020)	El diagnóstico del TDAH es un diagnóstico clínico, es basarnos en los criterios diagnósticos de los manuales de diagnóstico internacionales, como el CIE - 10 de la OMS o el DSM - 5 de la Asociación Psiquiátrica Americana, es clave comprender	En fundamental la historia clínica y el conocimiento del cuadro clínico para tener claro el diagnóstico de este trastorno del neurodesarrollo, por lo que a su vez también son eficaces ciertos criterios diagnósticos dotados por la OMS como son los criterios del CIE-10 o los criterios dotados por la APA los cuales son los	Artículo tipo revisión clínica de 31 artículos previamente publicados.	Revisión clínica de información previa actualizada del tema.

	que, al ser un trastorno del neurodesarrollo, los síntomas los podremos ver de manera evolutiva.	criterios DSM-5, una vez establecidos los criterios ya se puede decir con certeza que el paciente tiene el diagnóstico de TDAH.		
Organización Mundial de la Salud, OMS; Guia Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento – CIE 10 (2008)	La Clasificación Internacional de Enfermedades, en su 10ma edición (CIE-10) establece como criterios para el diagnóstico que el individuo manifieste un mínimo de seis signos de déficit de atención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad, y que a su vez generen disfunción en al menos dos entornos.	La OMS brinda mediante el CIE-10 herramientas mundiales que sirven para la realización del diagnóstico de TDAH en los niños, de la misma manera brinda manifestaciones clínicas del tridente clásico del TDAH (hiperactividad, déficit de atención, impulsividad) para así reconocer mejor manera los síntomas, calificarlos y saber si existe un diagnóstico certero de este trastorno.	Libro de texto en su 10ma edición actualizada en base a la 9na edición del CIE-10	Libro de texto actualizado de la 9na edición del CIE-10
Johnson, J; Morris, S; George, S; (2023)	La Escala de Autoinforme del TDAH en Adultos (ASRS-v1.1), recomendada por la Organización Mundial de la Salud para la detección del TDAH en adultos, consta de 18 preguntas, las primeras seis preguntas son especialmente indicativas de síntomas relacionados con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.	La OMS recomienda el uso para el diagnóstico del TDAH en niños los criterios diagnósticos del CIE-10, pero debido a que la sintomatología prevalente puede variar en dependencia de la edad también se brinda una herramienta para el diagnóstico en adultos como es la Escala de Autoinforme del TDAH en Adultos (ASRS-v1.1).	Artículo tipo revisión clínica de 30 artículos previamente publicados	Revisión clínica de información previa actualizada del tema.
American Psychiatric Association, APA;	Como el diagnóstico del TDAH es clínico la APA recomienda el uso de sus criterios diagnósticos, la	Una vez más se recalca que como el diagnóstico es clínico se puede hacer uso de los criterios diagnósticos del DSM-5,	Guía de diagnóstico clínico en su 5ta Edición	Guía de diagnóstico clínico actualizado de la 4ta Edición del DSM.

<p>Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™. (2014)</p>	<p>DSM-5 divide los criterios según “Inatención” y “Hiperactividad e Impulsividad”. Una vez que se realiza el diagnóstico se debe detallar el tipo de presentación si es combinada, predominante con falta de atención o predominante hiperactiva/impulsiva, mencionar si hay remisión parcial y por último el grado de gravedad del trastorno si es leve, moderado o grave.</p>	<p>el cual puede ser usado tanto para niños como para adolescentes y adultos, dotando de ejemplos de sintomatología a partir de (inatención, hiperactividad /impulsividad) para que si es que en dependencia de la clínica los criterios se cumplen se pueda tener un diagnóstico mucho más acertado.</p>	<p>actualizada en base a la 4ta Edición del DSM.</p>	
<p>Pelaz Antolín, Antonio; (2020)</p>	<p>El diagnóstico es clínico por lo que la mejor herramienta será la historia clínica detallada, no existe ningún biomarcador de TDAH, por tanto, no existe ninguna prueba que lo diagnostique, las pruebas complementarias que se solicitan son para descartar patología médica que pudiera haber debutado con sintomatología similar a la del TDAH.</p>	<p>El uso de la historia clínica se lo debe hacer de manera detallada y sutil para que así el diagnóstico del TDAH el cual es netamente clínico se lo pueda realizar de manera oportuna y más eficiente, e iniciar el tratamiento ya sea farmacológico y no farmacológico en dependencia de la edad del paciente por lo que también se puede hacer uso de los criterios diagnósticos del CIE-10 o del DSM-5.</p>	<p>Artículo tipo revisión clínica de 16 artículos previamente publicados</p>	<p>Revisión clínica de información previa actualizada del tema.</p>

<p>Molinari, M; Cruz, E; Eveli, F (2020)</p>	<p>La herramienta para su diagnóstico sigue siendo la entrevista clínica, indagando antecedentes perinatales y familiares con un análisis de desempeño a lo largo del desarrollo en los dominios cognitivo y conductual. En la actualidad, no existen análisis complementarios para el diagnóstico del TDAH, teniendo el electroencefalograma y los estudios de neuroimagen como la resonancia magnética, exámenes de laboratorio, un nivel de evidencia insuficiente.</p>	<p>Como el diagnóstico es clínico durante la elaboración de la historia clínica ya sea al niño, adolescente o adulto, se deben indagar antecedentes de todo tipo y así incluso descartar o hacer un diagnóstico diferencial con otros posibles trastornos. A día de hoy no existe evidencia de que los exámenes complementarios puedan diagnosticar el TDAH y por eso la premisa de que el diagnóstico es netamente clínico.</p>	<p>Artículo tipo revisión clínica de 47 artículos previamente publicados</p>	<p>Revisión clínica de información previa actualizada del tema.</p>
<p>Pinochet Quiroz, P; Belmar Mellado, M; Lagos Luciano, J; Gálvez Gamboa, F; Cruz Flores, A; (2020)</p>	<p>A nivel internacional, existe muchos instrumentos que permiten el diagnóstico de TDAH, se caracterizan por su validez y fiabilidad se presentan las escalas como: NICHQ Vanderbilt, ADHD-RS-IV, Conners, Evaluación del Déficit de Atención con Hiperactividad EDAAH y SNAP - IV. La escala de Conners en Chile es criticada por su validez y actualización. Se establece que</p>	<p>A nivel mundial existen múltiples herramientas que permiten el diagnóstico del TDAH por medio de la clínica, pero las mismas netamente no fueron diseñadas para el diagnóstico inicial sino para el seguimiento durante el tratamiento además de no actualizarse, debido a su variedad algunos profesionales bajo criterio propio las hacen uso para el diagnóstico inicial. Las únicas escalas o criterios diagnósticos que son avalados por la OMS y la APA</p>	<p>350 reportes de padres de estudiantes chilenos (214 mujeres, 61.2%; 136 hombres, 38.8%) de enseñanza básica (primero a octavo año básico), el rango de edad de 6 a 15 años</p>	<p>Propiedades psicométricas del CABI a través de un análisis factorial exploratorio por medio de las técnicas coeficiente Kaiser - Meyer- Olkin (KMO), Test de Esfericidad de Bartlett, varimax, correlación de Pearson y el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados.</p>

	<p>dichas escalas no fueron diseñadas para el diagnóstico, se desarrollaron para evaluar los cambios en la conducta de niños hiperactivos que recibían tratamiento con medicación estimulante, pero su popularidad se ha ido ampliando, de tal forma que en la actualidad se utilizan para llevar a cabo el diagnóstico de TDAH.</p>	<p>son los criterios del CIE-10 y DSM-5 los cuales también reciben actualizaciones conforme aparecen nuevas evidencias científicas al respecto del trastorno.</p>		
--	--	---	--	--

Fuente: Elaboración propia

En base la triangulación (tabla 10), se puede determinar que absolutamente todos los artículos hacen mención que el único elemento diagnóstico es la elaboración de una Historia Clínica detallada y efectiva, debido al mismo hecho de que el diagnóstico es netamente clínico.

El diagnóstico eficiente del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se fundamenta en una evaluación clínica minuciosa, centrándose principalmente en un detallado de la historia clínica el examen físico se lo realiza para descartar otras patologías o comorbilidades (17) (11) (21). En el caso de los niños, resulta fundamental realizar una entrevista con los padres o cuidadores para analizar la presencia, intensidad y frecuencia de los síntomas a lo largo del tiempo, el proceso diagnóstico en jóvenes y adultos involucra la revisión de antecedentes personales, historial familiar, relaciones sociales, desempeño académico o laboral, y en algunas ocasiones, aspectos sentimentales. (17)

Para lograr este diagnóstico por medio de la clínica a nivel mundial existen criterios diagnósticos de los manuales de diagnóstico internacionales, como el CIE – 10 el cual es el acrónimo de “Clasificación internacional de enfermedades, 10ma edición” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o también de uso eficiente el DSM - 5 el cual es el acrónimo de “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta edición” de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), es clave comprender que, al ser un trastorno del neurodesarrollo, los síntomas los podremos ver de manera evolutiva. (1)

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su 5ta edición, muestra ejemplos de sintomatología en sus criterios que funciona tan bien para adultos como para niños, siendo útil para un diagnóstico de confianza, para garantizar que puedan recibir atención los pacientes a cualquier edad, por lo cual la DSM-5 divide los criterios diagnósticos según la “Inatención” y “Hiperactividad e Impulsividad”. En el apartado de “Inatención” se deben cumplir seis o más síntomas de déficit de atención en niños de hasta los 16 años de edad, o cinco o más síntomas en pacientes adolescentes de 17 años y en adelante y en adultos; estos síntomas son inapropiados para el nivel de desarrollo y han estado presentes durante al menos 6 meses. En el apartado de “Hiperactividad/Impulsividad” se deben cumplir seis o más síntomas de hiperactividad/impulsividad en niños de hasta 16 años, o cinco o más síntomas para adolescentes de 17 años en adelante y en adultos; estos síntomas son inapropiados para el nivel de desarrollo y han estado presentes durante al

menos 6 meses en un grado perturbador, los síntomas son ejemplificados junto a los criterios y deben hacerse uso de los mismos para el diagnóstico de TDAH. (19) (18) (15)

En DSM-5 una vez que se haya confirmado el diagnóstico se debe detallar el tipo de presentación es decir si es combinada, predominante con falta de atención o predominante hiperactiva/impulsiva, además de mencionar si hay remisión parcial y por último el grado de gravedad del trastorno es decir si es leve, moderado o grave. (19)

La Clasificación Internacional de Enfermedades, en su 10ma edición (CIE-10) establece ciertos criterios similares a los de la DMS-5, pero a diferencia de esta el CIE-10 especifica criterios para “Déficit de atención”, “hiperactividad” e “Impulsividad”, los cuales denotan su utilidad más en niños (1) (20). En el caso del “Déficit de atención” se deben cumplir por lo menos seis síntomas ejemplificados por los criterios los que deben persistir al menos seis meses del desarrollo del niño, en “Hiperactividad” se cumplir al menos tres síntomas ejemplificados persistiendo durante, al menos, seis meses del desarrollo del niño. Por último, con “Impulsividad” se debe cumplir al menos uno de los síntomas de impulsividad persistente durante al menos seis meses en el desarrollo del niño, entonces para el diagnóstico por el CIE 10 se deben cumplir al menos 6 diagnósticos de Déficit de atención + 3 de hiperactividad + 1 de impulsividad. (20)

Para el diagnóstico en adultos la OMS recomienda el uso de la Escala de Autoinforme del TDAH en Adultos (ASRS-v1.1), de 18 preguntas, las primeras seis preguntas son especialmente reveladoras de síntomas asociados con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en las cuales se evalúa la frecuencia de cada síntoma en los últimos 6 meses, si existe cuatro o más marcas en las casillas más destacadas, se sugiere que el individuo presenta síntomas estrechamente relacionados con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. (17) (20)

A nivel internacional, existe muchos instrumentos que permiten el diagnóstico de TDAH, se presentan las escalas como: National Initiative for Children's Healthcare Quality (NICHQ Vanderbilt), ADHD Rating Scale-IV (ADHD-RS-IV), Conners, Evaluación del Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH) y escala de Swanson, Nolan And Pelham (SNAP – IV). A pesar de esto dichas escalas no fueron diseñadas para el diagnóstico, se desarrollaron para evaluar los cambios en la conducta de niños hiperactivos que recibían tratamiento con

medicación estimulante, pero su popularidad en la actualidad se utiliza para llevar a cabo el diagnóstico de TDAH a pesar de que son criticadas por su validez y desactualización. (3)

En la actualidad, no existen exámenes complementarios para el diagnóstico del TDAH, teniendo el electroencefalograma y los estudios de neuroimagen como la resonancia magnética, exámenes de laboratorio, un nivel de evidencia insuficiente, por lo que el diagnóstico es netamente con el manejo de la historia clínica junto a los criterios diagnósticos. (11) (22)

Tabla 11. Triangulación de variables - Tratamiento en pacientes con TDAH

AUTOR	CATEGORIA (Tratamiento en pacientes con TDAH)	APORTE	POBLACIÓN	INSTRUMENTOS
Carrasco Chaparro, Ximena (2022)	El tratamiento del TDAH se basa en la implementación de medidas farmacológicas y no farmacológicas en dependencia de la edad a la cual este diagnosticado este trastorno, aunque la combinación de terapia farmacológica (psicoestimulantes o no-psicoestimulantes) con intervenciones conductuales demuestran también buena eficacia y tolerabilidad.	El tratamiento del TDAH se basa en 2 divisiones, el tratamiento no farmacológico en el cual existe terapias psi conductuales y el tratamiento farmacológico en el que se usa drogas estimulantes y no estimulantes, todo esto en dependencia de la edad de diagnóstico del paciente y la gravedad del trastorno.	Artículo tipo revisión clínica de 76 artículos previamente publicados.	Revisión clínica de información previa actualizada del tema.
Sistema Nacional de Salud Español, SNS; Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el TDAH (2017)	La guía del NICE recomienda que los preescolares no reciban tratamiento farmacológico, sino que los padres o cuidadores asistan a programas educativos. Se recomienda esas estrategias como 1era elección en edad escolar y jóvenes, el tratamiento farmacológico en este grupo se usa salvo los escolares o jóvenes que tienen afectación moderada y han rechazado el tratamiento no farmacológico y que no	Con la existencia de Guías clínicas ya escritas y en constante actualización, el tratamiento se vuelve mucho más fácil para prescribir, en la guía NICE (National Institute for Health and Care Excellence) menciona que en preescolar el tratamiento es netamente no farmacológico, en escolares y adolescentes de la misma manera, pero ya se usa el tratamiento farmacológico en pacientes con TDAH moderado y que el tratamiento no	Guía de práctica clínica del SNS español basado en 244 artículos previamente publicados.	Guía de práctica clínica de información previa actualizada del tema.

	han obtenido una respuesta al tratamiento psicológico. En niños y jóvenes con afectación grave, el tratamiento de 1era elección es el farmacológico y se debe ofrecer también un programa educativo a los padres o madres.	farmacológico haya fracasado. En condiciones graves el tratamiento que se va a optares el farmacológico antes que el no farmacológico.		
Hinshaw, Stephen; (2018)	Existen formas de intervención, cada una de las cuales ha sido examinada en literalmente cientos de ensayos controlados: medicación, principalmente estimulantes, pero también agentes noradrenérgicos, y conductual (para jóvenes) y formas cognitivo-conductuales (para adultos) de tratamiento psicosocial.	Se reitera que existen 2 formas de tratamiento, el no farmacológico y el farmacológico el cual es usa de primera elección en preescolares, en escolares y adultos se opta por lo anterior, pero si existe un fracaso o no hay avance se opta por el tratamiento farmacológico.	Artículo tipo revisión clínica de 160 artículos previamente publicados.	Revisión clínica de información previa actualizada del tema.
Rusca Jordán, F; Cortez Vergara, C (2020)	En menores de 5 años debe recomendarse programas de entrenamiento para padres, para responder apropiadamente a las conductas inadecuadas y adecuadas, anticipando problemas conductuales, en este grupo no se recomienda el uso de medicación y uso debe restringirse al especialista infantojuvenil, en niños mayores de 5 años puede indicarse un	En los preescolares debido a que de primera línea es el tratamiento no farmacológico hacia ellos también debe haber una participación activa por parte de sus padres o cuidadores mediante entrenamiento para este trastorno, en los escolares de la misma manera se debe optar por el tratamiento no farmacológico, pero si no hay remisión de los síntomas o	Artículo tipo revisión clínica de 31 artículos previamente publicados.	Revisión clínica de información previa actualizada del tema.

	curso de terapia conductual enfocándose en las habilidades sociales, resolución de problemas, autocontrol, habilidades de escucha activa y manejo de las emociones.	avance en el tratamiento se opta por la opción farmacéutica.		
Rodillo, Eliana (2015)	La Asociación Psiquiátrica Peruana (APP) en su reciente guía práctica de manejo del TDAH, recomienda el uso de psicoestimulantes como tratamiento de primera línea en adolescentes con TDAH, seguido por atomoxetina, dado que los beneficios de la terapia farmacológica sobrepasan los efectos adversos.	Como se mencionó existen guías diagnósticas y terapéuticas las cuales se actualizan conforme a nueva evidencia científica, en el caso de la guía de la APP recomienda que en jóvenes se debe optar por tratamiento farmacológico de primera línea en este caso también se puede adjuntar a los pacientes adultos.	Artículo tipo revisión clínica de 44 artículos previamente publicados.	Revisión clínica de información previa actualizada del tema.
Rusca Jordán, F; Cortez Vergara, C (2020)	La guía revisada de la AAP 2011 no recomienda terapias alternativas, ya que existe insuficiente evidencia científica que la avale. Alrededor de un 12-64% de las familias reportan uso de tratamientos complementarios y terapias alternativas en niños. Como los de suplemento de la dieta con ácidos grasos esenciales y cambios en la dieta.	Existen varios tratamientos alternativos, aunque no existe evidencia científica de la utilidad de los mismos como tratamiento para el TDAH existen personas que hacen uso de los mismos quizás como un efecto placebo, entre las que se encuentran las terapias dietéticas, homeopatía, terapias herbales, etc.	Artículo tipo revisión clínica de 31 artículos previamente publicados.	Revisión clínica de información previa actualizada del tema.
Escofet Soterias, C; Fernández Fernández, M;	Los fármacos autorizados para el tratamiento del TDAH se dividen en dos grupos en función del perfil	El tratamiento farmacológico se divide en 2, los fármacos psico estimulantes y no psico estimulantes, los cuales deben ser	Protocolo tipo revisión clínica de 10 artículos	Protocolo de información previa actualizada del tema.

<p>Torrents Fenoy, C; Martín del Valle, F; Ros Cervera, G; Machado Casas, I; (2022)</p>	<p>principal de su mecanismo de acción: estimulantes y no estimulantes, están indicados en niños mayores de 6 años y adolescentes, pueden usarse en cualquier momento al no observar mejoría con la terapia conductual con consentimiento de los padres.</p>	<p>proporcionados a pacientes mayores de 6 años incluyendo adolescentes, en los escolares se usan cuando la terapia no farmacológica no tener el efecto deseado en el paciente.</p>	<p>previamente publicados.</p>	
<p>Caye, Arthur; Swanson, J; Coghill, D; Rohde, L; (2019)</p>	<p>Los psicoestimulantes como el metilfenidato y la lisdexanfetamina son los medicamentos más estudiados y utilizados para TDAH. Se han realizado cientos de ensayos clínicos aleatorios para estudiar la eficacia y seguridad, la conclusión general es que los psicoestimulantes son los más eficaces para el tratamiento en niños, adolescentes y adultos en especial el metilfenidato a corto plazo.</p>	<p>Los psicoestimulantes son los mayores usados en el tratamiento a corto plazo del TDAH cubriendo pacientes de todas las edades, los psicoestimulantes son representados por el metilfenidato y la lisdexanfetamina los cuales bajo evidencia científica son seguros y eficaces, en especial el metilfenidato el cual se usa como primera línea en niños y adolescentes en el tratamiento farmacológico de este trastorno.</p>	<p>Artículo tipo revisión clínica de 214 artículos previamente publicados</p>	<p>Revisión clínica de información previa actualizada del tema.</p>
<p>Johnson, J; Morris, S; George, S; (2020)</p>	<p>Se recomienda de 1era línea el metilfenidato, se cree que actúa bloqueando la recaptación de serotonina y noradrenalina, en la neurona presináptica, haciendo así más disponible en el espacio sináptico, está disponible en una formulación de liberación inmediata, prolongadas, o</p>	<p>El Metilfenidato es recomendado en pacientes a partir de los 6 años en adelante y de primera línea, también se usa en manifestaciones severas o moderadas con fracaso de terapia no farmacológica, se debe reajustar la dosis si para conseguir un efecto deseado.</p>	<p>Artículo tipo revisión clínica de 30 artículos previamente publicados.</p>	<p>Revisión clínica de información previa actualizada del tema.</p>

	combinadas. Se recomienda iniciar con el de acción inmediata o prolongada a una dosis inicial de 0.2 mg/kg para niños, y adolescentes - adultos en una titulación entre 4 a 6 semanas hasta un máximo de 60 mg/kg al día.			
Cortese, Samuele; Coghil, David (2018)	En niños/adolescentes, el metilfenidato fue el único fármaco con mejor aceptabilidad que el placebo; en adultos este fue el caso sólo para anfetaminas (sin diferencia entre placebo y otros activos drogas). En el metaanálisis respaldó el metilfenidato como medicamento de primera elección preferido para el tratamiento a corto plazo del TDAH en niños/adolescentes y anfetaminas para adultos	En los niños y adolescentes los psicofármacos que se usa de primera línea es el metilfenidato debido a las largas investigaciones que avalan su seguridad y eficiencia en este grupo de edad, en cambio en los adultos se recomienda la lisdexanfetamina debido a que este grupo de edad responde de mejor manera con esos derivados de las anfetaminas.	Artículo tipo revisión clínica de 41 artículos previamente publicados	Revisión clínica de información previa actualizada del tema.
Drechsler, R; Brem, S; Brandeis, D; Grünblatt, E; Berger, G; Walitza, S; (2018)	Los fármacos no psicoestimulantes como la Atomoxetina y Guanfacina, se consideran como de segunda línea para el TDAH, son sustancias no controladas y están autorizadas en varios países europeos y en EEUU para el tratamiento en niños mayores de 6 años. Ambos han sido ha demostrado ser eficaz para disminuir los síntomas	En niños mayores de 6 años como 2da y 3ra línea se puede hacer uso de los fármacos no estimulantes como es la Atomoxetina y Guanfacina, se consideran como segunda línea debido que su efecto en inferior al efecto de la Metilfenidato que es de 1era línea	Artículo tipo revisión clínica de 281 artículos previamente publicados	Revisión clínica de información previa actualizada del tema.

	centrales del TDAH con un tamaño del efecto en torno a 0,7, que es algo inferior que el tamaño del efecto del metilfenidato.			
Sistema Nacional de Salud Español, SNS; Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el TDAH (2017)	La elección de los fármacos va en dependencia de la disponibilidad de cada país, los fármacos que pueden utilizarse en el tratamiento de adultos son el metilfenidato (MPH), lisdexanfetamina (LDX), la guanfacina (GXR) y la atomoxetina (ATX). En España el único fármaco que tiene aprobada su indicación para el TDAH en adultos es la atomoxetina (ATX). Según ficha técnica, tanto el metilfenidato de liberación osmótica como la lisdexanfetamina pueden seguir utilizándose en pacientes con TDAH en la infancia que precisan seguir con dicho tratamiento farmacológico al llegar a la edad adulta.	El tratamiento y utilización de fármacos van en dependencia de la disponibilidad o del Registro Sanitario de Medicamentos de cada país y en dependencia de las guías de cada país, en Ecuador si existe el Metilfenidato en la disponibilidad de las farmacias por lo que podría ser usado en este tipo de pacientes pediátricos, y como segunda línea atomoxetina en especial a los adultos.	Guía de práctica clínica del SNS español basado en 244 artículos previamente publicados.	Guía de práctica clínica de información previa actualizada del tema.

Fuente: Elaboración propia

En base la triangulación (tabla 11), se puede determinar que absolutamente todos los artículos y fuentes de información recalcan que el tratamiento se basa en No farmacológico y Farmacológico haciendo uso de medicamento estimulantes y no estimulantes.

El tratamiento del TDAH se basa en la implementación de medidas farmacológicas y no farmacológicas en dependencia de la edad a la cual este diagnosticado este trastorno (10). Algunas guías, protocolos y autores mencionan que los preescolares no deben recibir tratamiento farmacológico, sino un tratamiento psico conductual y psico social, además que incluya a los padres o cuidadores los cuales deben asistir a programas educativos que los ayude a conocer más sobre este trastorno y como sobrellevarlo, estas estrategias deben considerarse como 1era elección en edad escolar y jóvenes, el tratamiento farmacológico solo se usa en escolares cuando haya afectación moderada o haya rechazo al tratamiento no farmacológico y en casos graves debe iniciarse el tratamiento farmacológico de primera línea sin olvidarse de la implementación de tratamiento psico conductual. (10) (23) (24)

En niños menores de 5 años, la terapia psico conductual debe ser considerada como una opción inicial de tratamiento en casos de síntomas leves y moderados, además de programas para entrenamiento para los padres, en niños mayores de 5 años puede indicarse un curso de terapia conductual enfocándose en las habilidades sociales, resolución de problemas, autocontrol, habilidades de escucha activa y manejo de las emociones (1). Cierta Guías como las de la APP (25), recomienda el uso de fármacos psicoestimulantes como tratamiento de primera línea en adolescentes con TDAH o en escolares con casos graves, dado que los beneficios de la terapia farmacológica sobrepasan los efectos adversos. (25)

La guía revisada de la AAP del año 2011 (25), menciona que no se recomienda terapias alternativas, ya que existe insuficiente evidencia científica que la avale, a pesar de esto entre el 12-64% de las pacientes lo hacen. Entre el tratamiento alternativo se menciona el entrenamiento cognitivo, neurofeedback, terapias dietéticas, terapias herbales y homeopatía. (1)

Los fármacos autorizados para el tratamiento del TDAH se dividen en dos grupos: estimulantes y no estimulantes, están indicados en mayores de 6 años y adolescentes, pueden usarse en cualquier momento al no observar mejoría con la terapia no farmacológica y en casos moderados a graves (22). Los estimulantes como el metilfenidato y la lisdexanfetamina son los medicamentos más estudiados y utilizados para TDAH, realizándose cientos de

ensayos clínicos aleatorios para estudiar la eficacia y seguridad, concluyendo que son los más eficaces para el tratamiento en niños y adolescentes en especial el metilfenidato a corto plazo, en el caso de los adultos la lisdexanfetamina. (26) (12)

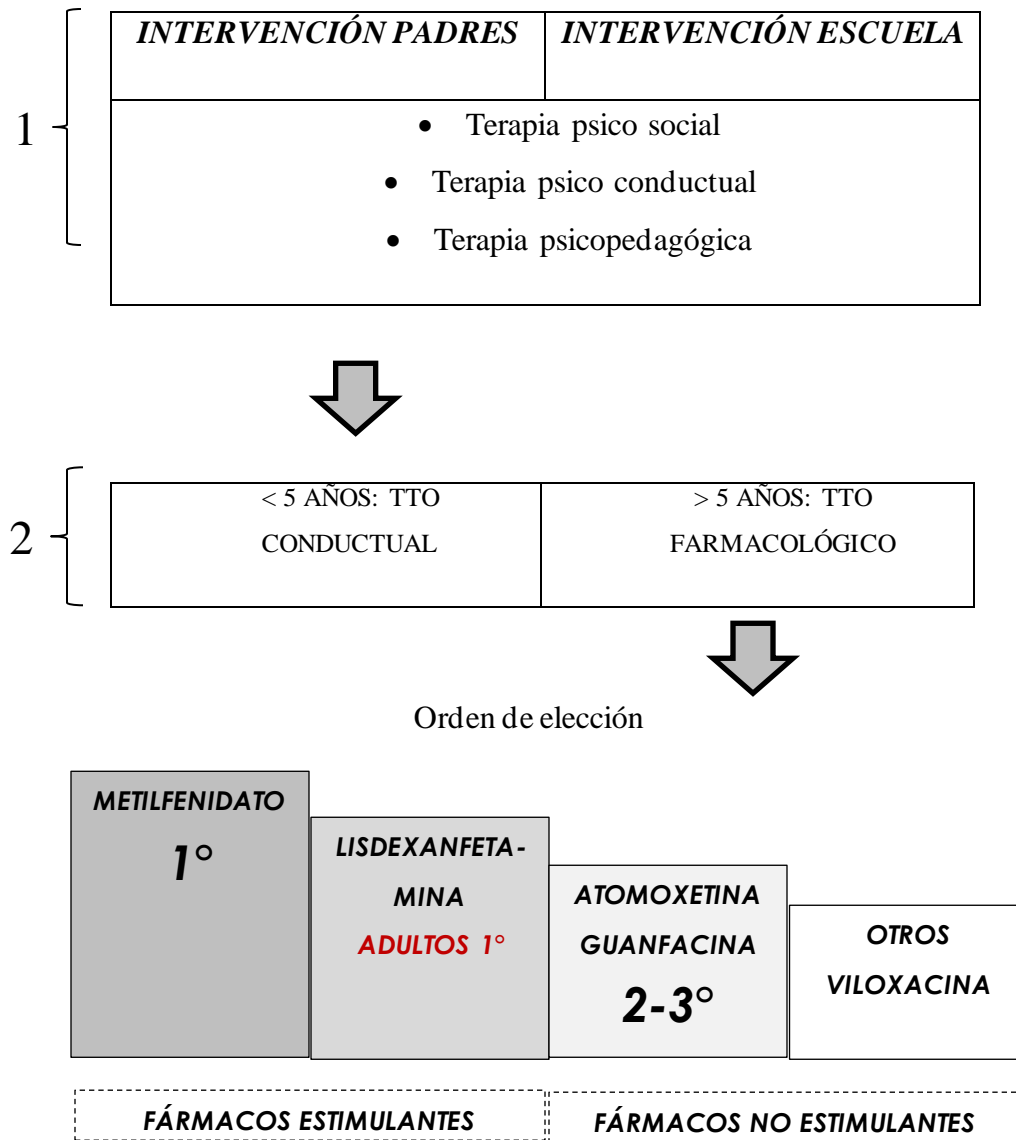
Entonces como 1era línea para el tratamiento para el TDAH en niños y jóvenes aunque también se puede usar en adultos bajo criterio del especialista, está el metilfenidato y actúa bloqueando la recaptación de serotonina y noradrenalina, en la neurona presináptica, haciendo así más disponible en el espacio sináptico, tiene formulación de liberación inmediata, prolongadas, o combinadas, se recomienda iniciar con el de acción inmediata o prolongada a una dosis inicial de 0.2 mg/kg para niños, y adolescentes - adultos en una titulación entre 4 a 6 semanas hasta un máximo de 60 mg/kg al día. (17) (23)

Según un metaanálisis (12), concluye que, en niños y adolescentes, el metilfenidato fue el único fármaco con mejor aceptabilidad que el placebo; en adultos este fue el caso sólo para anfetaminas (sin diferencia entre placebo y otros activos drogas), entonces el metilfenidato se respalda como medicamento de primera elección preferido para el tratamiento a corto plazo del TDAH y en el caso de los adultos las anfetaminas. En cambio, los fármacos no psicoestimulantes como la Atomoxetina y Guanfacina, se consideran como de segunda línea para el TDAH, las cuales son sustancias no controladas y están autorizadas en varios países europeos y en EEUU para el tratamiento en niños mayores de 6 años, se ha demostrado ser eficaces para disminuir los síntomas centrales del TDAH con un tamaño del efecto en torno a 0,7, que es algo inferior que el tamaño del efecto del metilfenidato por lo cual hace meritorio a considerarse como de segunda línea. (14) (12)

Según la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el TDAH de España (24), menciona que la elección de los fármacos va en dependencia de la disponibilidad de cada país, los fármacos que pueden utilizarse en el tratamiento de adultos son el metilfenidato, lisdexanfetamina, guanfacina y la atomoxetina la cual es el único fármaco aprobado en España para el tratamiento de TDAH en adultos, según la ficha técnica, tanto el metilfenidato de liberación osmótica como la lisdexanfetamina pueden seguir utilizándose en pacientes con TDAH en la infancia que precisan seguir con dicho tratamiento farmacológico al llegar a la edad adulta. (24)

Una vez que se evidencio los resultados con lo que se refiere al tratamiento se ejemplifica mediante un algoritmo básico de elaboración propia (*Ver Ilustración 9*).

Ilustración 9. Algoritmo del Tratamiento multimodal del Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)



Fuente: Elaboración propia

5. DISCUSIÓN

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo en el cual resalta la complejidad y la variabilidad de las manifestaciones clínicas de este trastorno a lo largo de diferentes etapas del ciclo de vida. Aunque hay una triada básica de ejes fundamentales que define el TDAH ("Inatención - Hiperactividad - Impulsividad"), la sintomatología puede manifestarse de manera diversa y persistir con el tiempo a diferentes etapas de vida si no existe una remisión oportuna.

En las primeras etapas, antes del diagnóstico formal, los pacientes pueden presentar una amplia gama de síntomas que van más allá de los rasgos de la triada básica del TDAH. Desde retraso en el desarrollo psicomotor, retraso en el lenguaje, bajo rendimiento en el desarrollo de diferentes actividades, dificultad con la interacción social, escasa motivación, malos hábitos, hasta indisciplina, estas manifestaciones variadas subrayan la necesidad de conocer más al respecto sobre este trastorno (10) (16) (7) (6).

En la presentación predominante en la edad preescolar difiere de la edad escolar, donde pueden emerger síntomas de agresividad y oposicionismo (1) (22). Esto sugiere la importancia de considerar el TDAH en contextos educativos, sociales y en el entorno familiar. En la adolescencia, la persistencia de la impulsividad y la falta de atención, a pesar de la disminución de la hiperactividad, presenta desafíos continuos para la adaptación saludable (1) (3), esto debido a que existe mayor riesgo de características negativas, como baja autoestima, disfunción familiar, bajo rendimiento académico y la posibilidad de ideaciones suicidas e incluso el consumo de sustancias como drogas (1).

En adultos con TDAH, en los que no existió remisión de la sintomatología tienen también la posibilidad de llevar a ser adultos mayores persistiendo el diagnóstico y manifestaciones clínicas, aunque no hay tanta evidencia científica debido a que la mayoría de estudios se centra hasta la etapa adulta (23). La frecuente la sintomatología en lo adultos como la impaciencia, preocuparse innecesariamente de forma interminable, presencia de sensación de inseguridad, cambios en el estado de ánimo, inquietud, facilidad para caer en adicciones, problemas crónicos de autoestima, arranques de ira y el insomnio, todos pueden estar desde la infancia, pero suelen adquirir su mayor expresión en la edad adulta (16,27). Todas estas manifestaciones clínicas repercuten en la vida diaria del paciente ya sea afectándolo a nivel social, laboral, emocional o incluso a nivel sentimental.

Para poder realizar un diagnóstico oportuno, eficaz y eficiente se destaca la importancia de la elaboración de una Historia Clínica, se enfatiza que el diagnóstico es netamente clínico y se basa en una evaluación clínica minuciosa, que incluye un examen físico para descartar otras patologías o comorbilidades (17) (11) (21). En niños, es fundamental realizar una entrevista con los padres o cuidadores para analizar la presencia, intensidad y frecuencia de los síntomas a lo largo del tiempo, en jóvenes y adultos, el proceso diagnóstico implica la revisión de antecedentes personales, historial familiar, relaciones sociales, desempeño académico o laboral, y en ocasiones, aspectos sentimentales (17).

A nivel mundial, se utilizan criterios diagnósticos de manuales internacionales, como el CIE-10 y el DSM-5. En el caso del DSM-5 proporciona criterios específicos útiles para infantes y adultos para la "Inatención" y "Hiperactividad/Impulsividad", se establece que una vez confirmado el diagnóstico según el DSM-5 (19), se debe detallar el tipo de presentación (combinada, predominante con falta de atención o predominante hiperactiva/impulsiva), la presencia de remisión parcial y el grado de gravedad del trastorno (leve, moderado o grave) (23). A su vez existen según los criterios del CIE-10 que solo son útiles para niños (20), pero a diferencia del anterior se especifica criterios para "Déficit de atención", "hiperactividad" e "Impulsividad". entonces para del diagnóstico por el CIE 10 se deben cumplir al menos 6 diagnósticos de Déficit de atención + 3 de hiperactividad + 1 de impulsividad (20). En el caso del diagnóstico de TDAH en adultos se recomienda el uso de la Escala de Autoinforme del TDAH en Adultos (ASRS-v1.1) de la OMS (17).

A pesar de la disponibilidad de diversas escalas internacionales para el diagnóstico de TDAH, se señala que estas no fueron inicialmente diseñadas con ese propósito y que su validez y actualización son motivo de críticas, pero las más aceptadas son las del CIE-10 de la OMS y las DSM-5 proporcionadas por la APA. En la actualidad no existen exámenes complementarios para el diagnóstico del TDAH, ya que el electroencefalograma, los estudios de neuroimagen y los exámenes de laboratorio carecen de un nivel de evidencia suficiente (11) (22). Por lo que el diagnóstico del TDAH es netamente clínico haciendo uso de los criterios diagnósticos establecidos por los manuales internacionales antes mencionados.

El tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se basa en enfoques farmacológicos y no farmacológicos, las medidas terapéuticas varían según la edad del paciente diagnosticado. Se destaca que, en preescolares, se prefiere un enfoque no farmacológico, como la terapia psico conductual y programas educativos para padres. (10)

(23). En escolares y jóvenes, se considera la terapia farmacológica solo en casos de afectación moderada o rechazo al tratamiento no farmacológico, y se enfatiza la importancia de la terapia psico conductual (10). Según la Guía de la APP (25), menciona que, en adolescentes con casos graves, se sugiere el uso de fármacos psicoestimulantes como tratamiento de primera línea.

Además, la guía revisada de la AAP (25), menciona que no se recomiendan terapias alternativas debido a la falta de evidencia científica.

Los fármacos autorizados para el TDAH se dividen en estimulantes y no estimulantes, siendo los estimulantes como el metilfenidato y la lisdexanfetamina los más estudiados y utilizados (26) (12). El metilfenidato es el medicamento de primera elección para el tratamiento a corto plazo del TDAH en niños y adolescentes, respaldado por su aceptabilidad. Según un metaanálisis (15), concluye que, en niños y adolescentes, el metilfenidato fue el único fármaco con mejor aceptabilidad que el placebo; en adultos este fue el caso sólo para anfetaminas (sin diferencia entre placebo y otros activos drogas), entonces el metilfenidato se respalda como medicamento de primera elección preferido para el tratamiento a corto plazo del TDAH y en el caso de los adultos las anfetaminas. En cambio, los fármacos no psicoestimulantes como la Atomoxetina y Guanfacina, se consideran como de segunda línea para el tratamiento en niños mayores de 6 años (14) (12).

La elección de fármacos puede depender de la disponibilidad en cada país y su sistema de salud, según la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el TDAH de España (24), menciona que la atomoxetina es el único fármaco aprobado en España para el tratamiento de TDAH en adultos.

CAPÍTULO V

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- En conclusión, en las manifestaciones clínicas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), se destaca la variabilidad de las manifestaciones clínicas del TDAH a lo largo de las etapas de la vida, aunque la triada básica de "Inatención - Hiperactividad - Impulsividad" define el trastorno, los síntomas pueden manifestarse de manera diversa, desde retrasos en el desarrollo psicomotor hasta dificultades en la interacción social. La presentación del TDAH evoluciona con la edad, destacando la hiperactividad/impulsividad en la infancia y los desafíos académicos y de salud mental en la adolescencia. La persistencia de síntomas en la edad adulta, subraya la necesidad de atención a lo largo de toda la vida. Estas manifestaciones clínicas no solo afectan al individuo a nivel social, académico y laboral, sino que también impactan en aspectos emocionales y sentimentales.
- El diagnóstico eficiente y eficaz del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se basa en una evaluación clínica detallada y la revisión exhaustiva de la historia clínica, destacando la importancia de entrevistas con los padres en el caso de niños y la consideración de diversos aspectos en jóvenes y adultos. Se utiliza la DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- 5 ed) para establecer criterios diagnósticos, que se dividen en "Inatención" y "Hiperactividad/Impulsividad", especificando la cantidad de síntomas necesarios y la duración requerida permite determinar el tipo de presentación y el grado de gravedad del trastorno, a su vez el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades- 10 ed) presenta criterios similares, pero diferencia entre "Déficit de atención", "Hiperactividad" e "Impulsividad", de la misma manera ejemplificando síntomas los cuales se deben tomar en cuenta para el diagnóstico. Además, la Escala de Autoinforme del TDAH en Adultos (ASRS-v1.1) proporciona un método eficiente, con énfasis en las primeras seis preguntas, para evaluar la presencia de síntomas en adultos y por ende posteriormente su debido tratamiento. Aunque existen una serie de exámenes complementarios ya sea de laboratorio o de imagen, estos no servirían para poder tener un diagnóstico específico de TDAH.
- El tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) implica un enfoque integral y continuo a lo largo de la vida del paciente, con

consideración de diversas opciones terapéuticas, la guía del NICE recomienda intervenciones no farmacológicas, especialmente para niños en edad preescolar y escolar, reservando el tratamiento farmacológico para casos moderados o resistentes a otras terapias, en adolescentes, la APP aboga por el uso de psicoestimulantes como tratamiento de primera línea en jóvenes y adultos. Además, se destaca la diversidad de tratamientos farmacológicos, como Metilfenidato de primera línea y Lisdexanfetamina para pacientes adultos. Los fármacos no estimulantes, como Atomoxetina y Guanfacina son considerados como 2da línea y también se consideran en casos de falta de respuesta o contraindicaciones de los fármacos de primera línea, es esencial evaluar cuidadosamente las opciones terapéuticas, considerando factores individuales y riesgos asociados, para proporcionar un manejo efectivo y personalizado del TDAH.

6.2 RECOMENDACIONES

- Es importante realizar un diagnóstico clínico oportuno cuando las manifestaciones clínicas son evidentes en la infancia como se sabe este trastorno puede ser crónico, pasando a la adolescencia y hasta la adultez, por lo que sí el diagnóstico es eficaz y oportuno existe más probabilidades de remisión a edades superiores a las de la infancia.
- Se recomienda tener un tratamiento y seguimiento individualizado en cada uno de los pacientes ya sean infantes, adolescentes o adultos con el diagnóstico de TDAH, debido a que el trastorno puede manifestarse en diferentes presentaciones e incluso tener diferentes comorbilidades asociadas.
- En Ecuador es necesario promover temas referentes a la educación psiquiátrica, o incluso promover la investigación de algunos temas específicos como el de TDAH debido a que existen no existen datos relevantes, históricos o epidemiológicos relacionados a este trastorno y el país, de esta manera aportar un mejor diagnóstico y terapéutica ligado a la realidad del Ecuador.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Rusca Jordán , Cortez Vergara. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2020; 83(3): p. 148-156.
2. Salazar H, Salas S, Gonzalez M, Araya A. Funciones ejecutivas en escolares con y sin TDAH según padres y profesores. *Logos (La Serena)*. 2021; 31(1): p. 138-155.
3. Pinochet Quiroz P, Belmar Mellado , Lagos Luciano J, Gálvez Gamboa , Cruz Flores. Propiedades Psicométricas del Inventario CABI para la determinación del TDAH. *Revista Ecuatoriana de Neurología*. 2020; 29(3): p. 31-39.
4. Alpízar Velázquez. Desregulación emocional en población con TDAH; una aproximación teórica. *Revista Costarricense de Psicología*. 2019; 38(1): p. 17-36.
5. Llanos Lizcano L, García Ruiz J, González Torres , Puentes Roza. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Pediatría de Atención Primaria*. 2019; 21(83): p. 101-108.
6. Díaz de León Sucedo , Martínez Martínez. Intervención multisensorial para TDAH en infantes mexicanos. *Acta universitaria*. 2020; 30: p. 1-8.
7. Molinar Monsiváis , Cervantes Herrera. Actitudes percibidas en el discurso narrativo docente hacia el alumnado con TDAH. Un estudio de observación indirecta. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*. 2021; 20(42): p. 87-100.
8. Villagómez Puebla M. Diagnóstico y manejo de los niños con TDAH en el Ecuador. *Repositorio Digital de La Universidad de las Américas*. 2018.
9. Nazir , Arayampambil A, Shaban K. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *StatPearls*. 2023.
10. Carrasco Chaparro. Sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: consolidaciones, actualizaciones y perspectivas. *REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES*. 2022; 33(5): p. 440-449.
11. Molinari MJ, Cruz E, Eveli F. TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD EN LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL. *Revista Ludovica Pediátrica*. 2022; 25(01): p. 42-50.

12. Cortese S, Coghil D. Twenty years of research on Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): looking back, looking forward. *Evidence-based mental health*. 2018; 21(4): p. 173–176.
13. Sami. Cientificismo y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2021; 41(139): p. 211-228.
14. Drechsler , Brem S, Brandeis , Grünblatt , Berger , Walitza. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*. 2020; 51(5): p. 315-335.
15. Magnin , Maurs. Attention-deficit/hyperactivity disorder during adulthood. *Revue Neurologique*. 2017; 173(7-8): p. 506-515.
16. Valverde Peralta G, Almeida Monge E, Sumba Bautista , Jiménez Vilema. Educación emocional y su incidencia en el aprendizaje de Ciencias Naturales en niños con TDAH. *Horizontes Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*. 2021; 4(15): p. 234-245.
17. Johnson , Morris , George. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: what the non-specialist needs to know. *British Journal of Hospital Medicine |*. 2020; 81(3): p. 1-11.
18. AMERICAN PSYCHICAL ASSOCIATION. APA. [Online]. [cited 2022 Nov 14. Available from: https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-ADHD.pdf.
19. American Psychiatric Association. Guía de consultade los criterios diagnósticos del DSM-5™. In *Guía de consultade los criterios diagnósticos del DSM-5™*. Quinta ed.: American Psychiatric Publishing; 2014. p. 33-37.
20. Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la Clasificación de CIE-10. In *Guía de bolsillo de la Clasificación de CIE-10*.: Editorial Medica Panamericana; 2000. p. 204-206.
21. Pelaz Antolín. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. [Online].; 2020 [cited 2023 Nov 15. Available from: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/419-422_tdah.pdf.

22. Escofet Soterias , Fernández Fernández , Torrents Fenoy C, Martín del Valle , Ros Cervera , Machado Casas. Asociación Española de Pediatría. [Online].; 2022 [cited 2023 Nov 11. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/pdf_final_protocolos_aep-senep_2022.pdf.
23. Hinshaw. Attention Deficit Hyperactivity Disorder(ADHD): Controversy, Developmental Mechanisms, and Multiple Levels of Analysis. Annual Review of Clinical Psychology. 2018; 7(14): p. 291-316.
24. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. GuíaSalud. [Online].; 2017 [cited 2023 Nov 16. Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_574_TDAH_IACS_compl.pdf.
25. RODILLO E. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN ADOLESCENTES. Revista Médica Clínica las Condes. 2015; 26(1): p. 52-59.
26. Caye , Swanson , Coghill D, Rohde. Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. Molecular psychiatry. 2019; 24(3): p. 390–408.
27. Bermúdez Arroyo , Adum Lípari NdJ. Odontología para niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Revista San Gregorio. 2021; 1(47): p. 180-194.
28. Posner , Polanczyk GV, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. The Lancet. 2020; 395: p. 450-462.
29. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA). Observatorio de la infancia y adolescencia de Andalucía. [Online].; 2021 [cited 2023 Nov 16. Available from: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=7403.
30. Faraone SV, Lino Palacios Cruz , de la Peña Olvera. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. [Online].; 2019 [cited 2023 Nov 16. Available from: <https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/fed.-mundial-de-tdah-guia.pdf>.
31. Marín RdB, Barrios Agrafojo , Engo Pita , García Calero , Gay Pamos , Guijarro Granados , et al. Junta de Andalucía. [Online]. Barcelona: Editorial Glosa; 2022 [cited

2023 Nov 16. Available from:
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_gerencia/unidad_comunicacion/noticias_2012/guia_tdah.pdf.

8. ANEXOS

Anexo 1. Matriz de la Calidad metodológica según CRF - QS (Critical Review Form – Quantitative Studies)

N°	Título	Finalidad del Estudio	Literatura	Diseño		Muestra			Medición		Intervención			Resultados			Conclusión e implicación clínica de los resultados			TOTAL	Categoría de Calidad Metodológica	
		Objetivos precisos, concisos, medibles y alcanzables	Relevante para el estudio	Adecuación al tipo de estudio	No presencia de sesgos	Descripción de la muestra	Justificación del tamaño de la muestra	Consentimiento informado	Validez de las medidas	Fiabilidad de las medidas	Descripción de la intervención	Evitar contaminación	Evitar co-intervención	Exposición estadística de los resultados	Método de análisis estadístico	Abandonos	Importancia de los resultados para la clínica	Conclusiones coherentes	Informe de la implicación clínica			Limitaciones del estudio
		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	
1	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18	<u>Excelente</u>

2	Desregulación emocional en población con TDAH; una aproximación teórica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	17	<u>Muy Buena</u>
3	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	<u>Excelente</u>
4	Propiedades Psicométricas del Inventario CABI para la determinación del TDAH	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18	<u>Excelente</u>
5	Intervención multisensorial para TDAH en infantes mexicanos	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	15	<u>Buena</u>

6	Actitudes percibidas en el discurso narrativo docente hacia el alumnado con TDAH. Un estudio de observación indirecta	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	16	<u>Muy buena</u>
7	Cientificismo y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	12	<u>Aceptable</u>
8	Odontología para niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	16	<u>Muy Buena</u>

9	Educación emocional y su incidencia en el aprendizaje de Ciencias Naturales en niños con TDAH	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	17	<u>Muy Buena</u>
10	Sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: consolidaciones, actualizaciones y perspectivas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	<u>Excelente</u>
11	Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad en la población Infantojuvenil.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	<u>Excelente</u>
12	Attention Deficit Hyperactivity Disorder	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	<u>Excelente</u>

13	ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	<u>Excelente</u>
14	Attention-deficit/hyperactivity disorder during adulthood	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	<u>Excelente</u>
15	Attention deficit hyperactivity disorder in adults: what the non-specialist needs to know	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	<u>Excelente</u>
16	Attention-deficit hyperactivity disorder	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	<u>Excelente</u>
17	Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	<u>Excelente</u>

18	Attention Deficit Hyperactivity Disorder(ADHD): Controversy, Developmental Mechanisms, and Multiple Levels of Analysis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	17	<u>Muy Buena</u>
19	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	<u>Excelente</u>
20	Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	<u>Excelente</u>
21	Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	<u>Excelente</u>

	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)																					
22	Protocolo de Atención a Personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	<i><u>Excelente</u></i>
23	Guía de bolsillo de la Clasificación de CIE-10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	<i><u>Excelente</u></i>
24	Twenty years of research on Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): looking back, looking forward	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	<i><u>Excelente</u></i>

25	The American Psychiatric Association- Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	13	<u>Acceptable</u>
26	Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Neurología Pediátrica - TDAH	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	<u>Excelente</u>
27	La Federación Mundial de TDAH GUIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	<u>Excelente</u>
28	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Guía para padres y educadores	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	<u>Excelente</u>

29	TDAH de andar por la consulta	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	17	<u>Muy buena</u>
30	Funciones ejecutivas en escolares con y sin TDAH según padres y profesores.	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	15	<u>Buena</u>

Fuente: Elaboración propia