

**José Angel Alda Díez** 

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Hospital  
Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat, Barcelona.

DOI: [10.31766/revpsij.v39n1a1](https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n1a1)

Correo electrónico: [jalda@sjdhospitalbarcelona.org](mailto:jalda@sjdhospitalbarcelona.org)

---

## *Los retos del TDAH*

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo que con más frecuencia atendemos en las consultas de salud mental infanto-juvenil. Los problemas aparecen antes de los 12 años y se caracterizan por dos síntomas nucleares, la falta de atención y la hiperactividad/impulsividad que se observan en dos o más ambientes (casa, escuela, etc.). La hiperactividad/impulsividad suele ser evidente pero la falta de atención puede pasar desapercibida durante años, y su identificación temprana es un reto para los clínicos.

En el 2007 recibí el encargo de coordinar la primera Guía de Práctica Clínica sobre TDAH en España. Después de un arduo trabajo y de la colaboración desinteresada de muchos especialistas, a los que desde aquí quiero darles las gracias, vio la luz en el 2010. (1). Su objetivo era revisar la evidencia disponible hasta la fecha dando las mejores recomendaciones a los clínicos en el diagnóstico y tratamiento del TDAH, que como he comentado al inicio, es un problema de salud con una alta prevalencia, pero donde la identificación y el manejo era muy dispar en función del código postal del paciente. Como se puede observar por los resultados del artículo de Vázquez y cols. de este número, en función del centro de primaria, la derivación a la especializada varía desde el 44% de los casos atendidos por presentar un TDAH al 0%.

En estos años, se ha mejorado de forma muy importante la atención y el tratamiento a los pacientes que presentan un TDAH en España, pero seguimos teniendo retos por delante.

El primero sería el poder realizar un diagnóstico precoz, adecuado, de calidad y universal en todo el territorio. Como en todo trastorno la identificación temprana y el inicio del tratamiento de forma correcta evitarán complicaciones futuras como son el abandono precoz de los estudios, el bajo nivel educativo en relación con sus capacidades cognitivas, la mayor frecuencia de accidentes, de consumo de tóxicos, de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados (2). Sin embargo, no disponemos en estos momentos de marcadores de diagnóstico y pronóstico. El diagnóstico clínico de TDAH, depende de la experiencia del profesional sanitario que visita al paciente, que sea capaz de identificar tanto el TDAH, como las comorbilidades, que están presentes en hasta el 85% de los casos (3).

La guía NICE hacía un especial énfasis en identificar los grupos mas vulnerables o donde habría que hacer un mayor esfuerzo de identificación: prematuros, sexo femenino, traumas de todo tipo, pacientes institucionalizados. No quiero olvidarme de los pacientes adultos, muchos de ellos diagnosticados en la red infantil y juvenil pero que al pasar a adultos se les niega la existencia del trastorno y se les impide acceder a los tratamientos disponibles que hasta los 18 años les habían funcionado. La administración debe entender que estamos ante una patología crónica cuya presentación y necesidades de tratamiento varía en función de la edad del paciente y de los trastornos asociados que presenta, y que se debe garantizar una continuidad de cuidados que hoy por hoy no se produce.

Otro de los grandes retos es disponer de tratamientos eficaces y bien tolerados, que minimicen los abandonos o la toma errática del fármaco por efectos indeseables. Es importante dar información veraz y de calidad al paciente y a sus familias sobre los diversos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, que incluya los efectos secundarios y su manejo más adecuado.

Otro problema es quién debería realizar el diagnóstico y el seguimiento de estos pacientes. Vivimos una escasez de profesionales sanitarios, como ha dejado de manifiesto la pandemia de la COVID-19, que según las previsiones se verá agravada en los próximos años. En el mundo ideal, el diagnóstico podría realizarse en unidades especializadas en la infancia y la adolescencia y el seguimiento de los casos no complicados realizarlo la atención primaria y los orientadores escolares, tratando la especializada sólo los casos más graves, por la existencia de comorbilidades, mala respuesta al tratamiento, o por una alta vulnerabilidad. Así, obtendríamos una adecuada tasa de diagnóstico evitando el infra o sobrediagnóstico. Como pone de manifiesto el artículo publicado (Vázquez y cols.) la prevalencia obtenida en una muestra de atención primaria es inferior al resto de los países de nuestro entorno. Por mi experiencia creo que no llegamos a identificar a todos los casos, y en algunas ocasiones las niñas inatentas nos llegan muy tarde, pero también tenemos pacientes que no cumplirían criterios de TDAH y que, sin embargo, están recibiendo tratamiento psicoestimulante.

Tratar el TDAH es relativamente fácil, pero tratarlo bien es bastante más difícil y requiere de la participación de diversos agentes, lo que implica un mayor esfuerzo por parte de todos. En los últimos años se ha avanzado mucho en el tratamiento integral del TDAH, pero queda camino por recorrer.

## REFERENCIAS

1. Grupo de trabajo de la GPC. Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes Catalunya: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010.
2. National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. Attention deficit hyperactivity disorder (update) [D] Evidence review for safety of pharmacological treatment (NG87): National Institute for Health and Care Excellence/National Guideline Centre; 2018.
3. Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, March JS, Arnold LE, Cantwell DP, Conners CK, Elliott GR, Greenhill LL, Hechtman L, Hoza B, Pelham WE, Severe JB, Swanson JM, Wells KC, Wigal T, Vitiello B. Comorbidity Findings From the MTA Study: Comparing Comorbid Subgroups. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001; 40(2): 147-58.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00009>