

Psychiatric Times

www.PsychiatricTimes.com

NÚMERO 12 - Año 2026

La importancia de diagnosticar y tratar el **TDAH** en el adulto

Dr. José Martínez-Raga*



*Jefe de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario Doctor Peset & Profesor Asociado, Universitat de Valencia.

Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia, con una prevalencia a nivel mundial en población infantil y adolescente de 3,4-7,2% (Franke et al, 2018).

Si bien muchos niños experimentan una remisión o atenuación de los síntomas con el tiempo, un porcentaje significativo sigue cumpliendo todos los criterios diagnósticos en la edad adulta. Estudios longitudinales han evidenciado que en más del 50% de niños diagnosticados de TDAH el trastorno persiste en la edad adulta, con una marcada repercusión funcional, estimándose una prevalencia del 2,5-4,5% en población adulta (Cortese et al, 2023).

Este trastorno del neurodesarrollo, a pesar de su prevalencia, es infradiagnosticado, especialmente en niñas y mujeres. Este infradiagnóstico ocurre también en adolescentes mayores y en adultos.

Informe especial

El futuro de la atención del TDAH: repensar el diagnóstico y el tratamiento en adultos

Corina Weir, PhD

Interrelación entre las hormonas y el TDAH en adultos

Jessica Walters; y J. J. Sandra Kooij, MD, PhD

Las primeras descripciones académicas de niños, adolescentes y adultos con problemas de inatención e hiperactividad que coinciden plenamente con lo que en la actualidad se conoce como TDAH aparecen en tratados médicos, de gran relevancia en la época, publicados en la segunda mitad del siglo XVIII (Martínez Badia y Martínez-Raga, 2015).

Clínicamente, el TDAH se caracteriza por una afectación en múltiples aspectos de las funciones ejecutivas y se manifiesta por un patrón persistente de síntomas de inatención, hiperactividad y/o impulsividad que no concuerda con el nivel de desarrollo del paciente. Esto interfiere significativamente en todas las esferas de la vida del individuo afectando a las actividades sociales, familiares, académicas/laborales o de otro tipo del individuo (American Psychiatric Association, 2022). Además, estos síntomas se asocian a una deficiente regulación emocional, relacionada a su vez con alteraciones en las funciones ejecutivas y causando dificultades en la orientación hacia los estímulos emocionales, en su reconocimiento o expresión y/o en la asignación de atención a los mismos (Rowney-Smith A et al 2026).

En este número

Psychiatric Times

Portada

La importancia de diagnosticar y tratar el TDAH en el adulto

Página 5

El futuro de la atención del TDAH: repensar el diagnóstico y el tratamiento en adultos

Página 9

Interrelación entre las hormonas y el TDAH en adultos

Página 10

De la aprobación a la práctica. ¿Cómo ha impactado en la psiquiatría el nuevo mecanismo de acción de Copenfy?

Página 15

Integrar la orientación nutricional en la práctica psiquiátrica

Página 18

Validar la discrepancia: qué hacer cuando un paciente no está de acuerdo

Página 21

El uso de redes sociales en personas mayores y sus potenciales beneficios en el ámbito psicosocial

Capital intelectual

Los artículos de esta edición de la revista PSYCHIATRIC TIMES (U.S.A.) son publicados con el permiso de UBM LLC. Los artículos que aparecen en estas páginas fueron traducidos y reimprimos con el permiso de UBM LLC. Copyright 2011, UBM LLC. Todos los derechos reservados en inglés y español.

STAFF

Psychiatric Times Argentina es una publicación de Capital Intelectual S.A. Edificio Insud, Paraguay 1535 (C1061 ABC) Ciudad de Buenos Aires. Tel. 4872-1300.

Diagramación: Fabiana Di Matteo
Corrección: Verónica Ocvirk
Traducción: Juan Nadalini
Imágenes de tapa e interior: Freepik

Registro de propiedad intelectual: Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción total o parcial.

A nivel diagnóstico se distinguen en función de la distribución de síntomas tres posibles presentaciones clínicas del TDAH, la predominantemente inatenta, la predominantemente hiperactiva/impulsiva y la presentación combinada con síntomas de ambos grupos (American Psychiatric Association, 2022).

Las comorbilidades psiquiátricas asociadas en el TDAH

El TDAH es un trastorno con una elevada heterogeneidad y complejidad clínica en su presentación, gravedad y evolución, no solo por la amplia y diversa combinación de síntomas, su amplia afectación funcional y por la elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos que complica su diagnóstico, su tratamiento y su evolución. Hasta un 80% de personas con TDAH, de cualquier edad, tienen al menos otro trastorno psiquiátrico, y alrededor del 80% de éstas presentan más de un trastorno comórbido (CADDRA, 2020).

La prevalencia de trastorno bipolar, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta en la infancia y trastornos de personalidad en el adulto, de los trastornos de conducta alimentaria, o de trastornos adictivos es entre tres y ocho veces más elevada en personas con TDAH que en población general, siendo la comorbilidad más frecuente con los trastornos de ansiedad y depresivos. (Kessler et al, 2006, Faraone et al, 2024). También existe una importante relación entre TDAH y otros trastornos del neurodesarrollo, en particular de los trastornos del espectro autista (Rong et al, 2021). La presencia de otros trastornos psiquiátricos es un aspecto dimensional de la heterogeneidad clínica del TDAH y un factor que contribuye a la gravedad y su persistencia del TDAH en la edad adulta, un mayor deterioro del funcionamiento diario, mayores necesidades de atención sanitaria y una mayor mortalidad (American Psychiatric Association, 2022; Cortese et al, 2025).

En la práctica clínica, en presencia de otro trastorno psiquiátrico, el TDAH puede pasar desapercibido, lo que provoca que el tratamiento sea parcial o ineficaz. Numerosos estudios sugieren que el abordaje del TDAH mejora la respuesta terapéutica de las comorbilidades asociadas y reduce la cronicidad de los síntomas (Kosheleff et al, 2023).

Aspectos etiológicos del TDAH

Este trastorno tiene una etiología compleja multifactorial, en la que interaccionan factores neurobiológicos y ambientales (Thapar et al, 2013). Tal como revelan estudios con técnicas de neuroimagen, hay una alteración en los circuitos cerebrales implicados en las funciones ejecutivas, la autorregulación y el procesamiento de la recompensa y la motivación. Los estudios de neuroimagen estructural y funcional han demostrado de forma consistente alteraciones en circuitos fronto-estriatales y fronto-cerebelosos, reducción de la conectividad estructural y funcional en la corteza prefrontal, los ganglios basales y la corteza cingulada anterior, así



Existe un mayor riesgo de desarrollar un trastorno adictivo u otro trastorno mental, presentar mayor riesgo de sufrir accidentes domésticos, de tráfico o de cualquier otro tipo. Es la principal causa de fracaso académico, una causa frecuente de problemas inestabilidad laboral y pérdida de empleo.

como diferencias en volumen y maduración cortical (especialmente a nivel de la corteza prefrontal en comparación con personas sin TDAH (Faraone et al, 2021). Respecto a los factores genéticos, estos representan aproximadamente el 70-80 % de la varianza en el riesgo de TDAH, siendo probablemente consecuencia de una compleja interacción poligénica.

En la fisiopatología del TDAH es clave la hipofunción en la neurotransmisión noradrenérgica y dopaminérgica en corteza prefrontal sistema límbico y los circuitos fronto-estriato-cerebelosos (Faraone et al, 2024)

Evaluación y diagnóstico del TDAH en adultos

El diagnóstico del TDAH es fundamentalmente clínico y la herramienta diagnóstica principal es la entrevista clínica. Esta entrevista requiere una evaluación cuidadosa y exhaustiva tanto de los síntomas como del deterioro funcional a lo largo de la vida (CADDRA, 2020). Es necesario realizar una buena historia biográfica que permita establecer la presencia de síntomas de aparición en la infancia y su repercusión funcional en al menos dos ámbitos de la vida del paciente. Además, debemos descartar explicaciones alternativas, como cambios en el

entorno, la coexistencia de otros trastornos neurológicos o psiquiátricos y las circunstancias personales del paciente, que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas (Faraone et al, 2021).

Las escalas de valoración y los cuestionarios pueden utilizarse como una forma eficaz de obtener información colateral del paciente, pero no son suficientes para establecer un diagnóstico, puesto que la herramienta diagnóstica principal es una buena entrevista clínica. Sin embargo, estos instrumentos pueden ser útiles en el cribado y pueden emplearse para documentar los cambios a lo largo del tiempo y realizar un seguimiento de los efectos del tratamiento (CADDRA, 2020; Cortese et al, 2025).

Las repercusiones y complicaciones del TDAH

En todas las etapas de la vida, el TDAH se asocia a importantes y graves repercusiones. Existe un mayor riesgo de desarrollar un trastorno adictivo u otro trastorno mental, presentar mayor riesgo de sufrir accidentes domésticos, de tráfico o de cualquier otro tipo. Es la principal causa de fracaso académico, una causa frecuente de problemas de inestabilidad laboral y pérdida de empleo. También se ven afectadas las esferas social y sentimental, lo que ocasiona que estos pacientes tengan mayor dificultad para mantener relaciones duraderas, una mayor probabilidad de tener problemas legales y una peor calidad de vida (Brunkhorst-Kanaan et al, 2021; Faraone et al, 2024). Como consecuencia, el coste indirecto del TDAH no tratado, relacionado con el absentismo laboral, el fracaso escolar, la elevada siniestralidad o el uso elevado de recursos sanitarios es considerable (Libutzki et al, 2020).

Además, tal como han mostrado amplios estudios epidemiológicos, las personas con TDAH tienen un riesgo cinco veces superior de muerte prematura, por causas no naturales, como accidentes o suicidio, que las personas sin TDAH (O’Nions et al, 2025; Sun et al, 2019). En cuanto a las conductas suicidas, las personas con TDAH presentan un riesgo más de tres veces superior de experimentar ideación suicida, más de dos veces superior de haber realizado alguna tentativa de suicidio o un riesgo más de seis veces mayor de suicidio completado (Septier et al, 2019). Todo ello está causado por los propios síntomas del TDAH y las alteraciones persistentes en la regulación atencional, impulsividad y funciones ejecutivas y se agrava de forma muy significativa, como ocurre con el riesgo de muerte prematura o de suicidio, por la presencia de otros trastornos psiquiátricos asociados (Sun et al, 2019).

El tratamiento farmacológico del TDAH

El tratamiento de elección del TDAH es el denominado tratamiento multimodal, que implica un abordaje multidisciplinar que integra intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas, junto con otras medidas de apoyo, en



Las personas con TDAH tienen un riesgo cinco veces superior de muerte prematura, por causas no naturales, como accidentes o suicidio, que las personas sin TDAH.

función de las necesidades individuales de cada paciente (CADDRA, 2020).

El tratamiento farmacológico, especialmente los psicoestimulantes, es el elemento principal en el abordaje del paciente con TDAH, por su elevada eficacia y por su favorable perfil de tolerabilidad (Cortese et al, 2025). Los fármacos estimulantes y específicamente los de acción prolongada son considerados por las diversas guías clínicas como fármacos de primera elección en adultos con TDAH (CADDRA et al, 2020; Kooij et al, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2018). Las medicaciones para el TDAH no solo se asocian con un control sintomático y la mejoría en los síntomas nucleares del TDAH, sino que, además, tal como muestran múltiples estudios con amplias cohortes de sujetos, también mejoran la morbilidad y la mortalidad asociada con el

TDAH. Desafortunadamente y, a pesar de las evidencias, este trastorno continúa estando ampliamente infradiagnosticado e infratratado, especialmente en adultos (Kooij et al, 2019).

El tratamiento farmacológico en general y con psicoestimulantes en particular se asocia con una reducción en el riesgo de accidentes, de lesiones, problemas en la conducción o de problemas legales, así como con una reducción en las tasas de fracaso académico o de problemas laborales (CADDRA, 2020; Faraone et al, 2024; Libutzki et al, 2020). El tratamiento con estimulantes también se ha asociado con un riesgo significativamente menor de tentativas de suicidio y de mortalidad en pacientes con TDAH (Chang et al, 2020). Se ha descrito una reducción en el riesgo de desarrollar otros trastornos psiquiátricos, así como en la gravedad de los síntomas de otros trastornos, incluyendo el menor riesgo de desarrollar un trastorno adictivo (CADDRA et al, 2020; Kooij et al, 2019; Wilems et al, 2022). En el caso de pacientes que presentan tanto un TDAH como un trastorno por uso de sustancias, el metilfenidato de liberación prolongada o la lisdexanfetamina son considerados fármacos de elección y seguros, pudiendo ser necesario una dosis mayor del fármaco para que el tratamiento sea efectivo (Faraone et al, 2021; Kooij et al, 2019). El uso de medicación mitiga el mayor riesgo de experimentar las dificultades y complicaciones asociadas con el TDAH o de desarrollar un trastorno adictivo u otros

trastornos psiquiátricos, siendo mayor este efecto protector cuanto más temprano se instaura y más tiempo se mantiene el tratamiento farmacológico. (Wilens et al, 2022).

Conclusiones

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo, bien definido desde el punto de vista neurobiológico y clínico con importantes consecuencias, algunas graves, que afectan al individuo, su entorno y la sociedad cuando permanece sin diagnosticar y, por tanto, sin tratar. Tal como reflejan las principales guías clínicas internacionales, a partir de las evidencias científicas disponibles, el diagnóstico y tratamiento adecuado se asocia de forma significativa a una mejor evolución y pronóstico, con una reducción significativa en el riesgo de desarrollar otros trastornos psiquiátricos o un menor riesgo de suicidio o de mortalidad prematura por cualquier causa (CADDRA et al, 2020; Kooij et al, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Es fundamental que el tratamiento sea individualizado y es imprescindible utilizar la dosis óptima de medicación para cada paciente, tal como indican las guías clínicas internacionales.

José Martínez-Raga. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Universitario Dr. Peset, Avda. Gaspar Aguilar, 90, 46017 Valencia, Spain. Tel.: +34 96 3188727. E-mail: martinez_josrag@gva.es.

Referencias

1. American Psychiatric Association. DSM-5-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2022.
2. Brunkhorst-Kanaan N, Libutzki B, Reif A, Larsson H, McNeill RV, Kittel-Schneider S. ADHD and accidents over the life span - A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2021; 125: 582-91.
3. CADDRA - Canadian ADHD Resource Alliance: Canadian ADHD Practice Guidelines, 4.1 Edition, Toronto ON; CADDRA, 2020.
4. Chang Z, Quinn PD, O'Reilly L, Sjölander A, Hur K, Gibbons R, et al. Medication for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Risk for Suicide Attempts. *Biol Psychiatry* 2020; 88:452-58.
5. Cortese S, Song M, Farhat LC, Yon DK, Lee SW, Kim MS, et al. Incidence, prevalence, and global burden of ADHD from 1990 to 2019 across 204 countries: data, with critical re-analysis, from the Global Burden of Disease study. *Mol Psychiatry* 2023; 28:4823-30.
6. Cortese S, Bellgrove MA, Brikell I, Franke B, Goodman DW, Hartman CA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults: evidence base, uncertainties and controversies. *World Psychiatry* 2025; 24:347-71.
7. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2021; S0149-7634(21)00049-X.



Desafortunadamente
y, a pesar de las
evidencias, este trastorno
continúa ampliamente
infradiagnosticado e
infratratado, especialmente
en adultos.

8. Faraone SV, Bellgrove MA, Brikell I, Cortese S, Hartman CA, Hollis C, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2024; 10:11.
9. Franke B, Michelini G, Asherson P, et al. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *Eur Neuropsychopharmacol* 2018; 28:1059-88.
10. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163:716-23.
11. Kooij JJS, Bijnenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry* 2019; 56:14-34.
12. Koshelleff AR, Mason O, Jain R, Koch J, Rubin J. Functional impairments associated with ADHD in Adulthood and the impact of pharmacological treatment. *J Atten Disord* 2023; 27:669-97.
13. Libutzki B, May M, Gleitz M, Karus M, Neukirch B, Hartman CA, Reif A. Disease burden and direct medical costs of incident adult ADHD: A retrospective longitudinal analysis based on German statutory health insurance claims data. *Eur Psychiatry* 2020; 63:e86.

14. Martínez-Badía J, Martínez-Raga J. Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World J Psychiatry* 2015; 5:379-86.

15. National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management [Internet]. [London]: NICE guideline; 2018. (Clinical guideline [NG87]). Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>.

16. O'Nions E, El Baou C, John A, Lewer D, Mandy W, McKechnie DGJ, et al. Life expectancy and years of life lost for adults with diagnosed ADHD in the UK: matched cohort study. *Br J Psychiatry* 2025; 226:1-8.

17. Rong Y, Yang C-J, Jin Y, Wang Y. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Res Autism Spectr Disord* 2021; 83:101759.

18. Rowney-Smith A, Sutton B, Quadl L, Eccles JA. The lived experience of rejection sensitivity in ADHD - A qualitative exploration. *PLoS One* 2026; 21:e0314669.

19. Septier M, Stordeur C, Zhang J, Delorme R, Cortese S. Association between suicidal spectrum behaviors and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci. Biobehav. Rev* 2019; 103: 109-18.

20. Sun S, Kuja-Halkola R, Faraone SV, D'Onofrio BM, Dalsgaard S, Chang Z, Larsson H. Association of psychiatric comorbidity with the risk of premature death among children and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA Psychiatry* 2019; 76:1141-9.

21. Wilens TE, Woodward DW, Ko JD, Berger AF, Burke C, Yule AM. The impact of pharmacotherapy of childhood-onset psychiatric disorders on the development of substance use disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2022; 32:200-14.

El futuro de la atención del TDAH: repensar el diagnóstico y el tratamiento en adultos



Corina Weir, PhD

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos de salud mental más tratables en el ámbito de la psiquiatría. Sin embargo, se estima que unos 65 millones de adultos en Estados Unidos sospechan que podrían tener un TDAH que no ha sido diagnosticado.¹ A pesar de esto, el TDAH en adultos sigue siendo incomprendido, infradiagnosticado o erróneamente atribuido a la ansiedad, la depresión o el trauma. Como consecuencia, suele pasarse por alto una de las oportunidades más claras de tratamiento eficaz.

Estamos, sin embargo, frente a un cambio en el modo en que los clínicos abordan el diagnóstico y el tratamiento del TDAH. La integración de las pruebas objetivas con las evaluaciones tradicionales, sobre todo en entornos de atención virtual e híbrida, es el núcleo de esta transformación. Esta combinación tiene el potencial de ofrecer una atención más rápida, más precisa y más equitativa a los adultos con TDAH.

El TDAH en adultos sigue siendo incomprendido, infradiagnosticado o erróneamente atribuido a la ansiedad, la depresión o el trauma. Como consecuencia, suele pasarse por alto una de las oportunidades más claras de tratamiento eficaz.

El problema de usar únicamente pruebas subjetivas

Diagnosticar el TDAH en adultos presenta desafíos específicos. A diferencia de lo que sucede con los niños, cuyos síntomas pueden ser más evidentes, las manifestaciones en

adultos suelen ser complejas o sutiles. Si bien no existen guías de referencia consideradas estándar, los criterios diagnósticos actuales – derivados, en gran medida, de investigaciones realizadas en la población infantil (más que nada en varones)– no reflejan en su totalidad las experiencias vitales de los adultos. Muchos adultos aprenden a enmascarar los síntomas o desarrollan estrategias compensatorias que pueden ocultarlos durante una entrevista clínica estándar, lo que deja incluso a los clínicos experimentados en riesgo de pasar por alto el diagnóstico.

Depender de herramientas subjetivas agrava estas complejidades. Las escalas valorativas se apoyan en la autopercepción del paciente y en su disposición a revelar información, mientras que las entrevistas clínicas están supeditadas a la interpretación de los profesionales. Aunque son útiles, estos enfoques resultan vulnerables al sesgo, a factores culturales y a limitaciones en la memoria; a menudo son también insuficientes a la hora de distinguir el TDAH de otros trastornos con síntomas superpuestos.

Este solapamiento es relevante desde el punto de vista clínico. El TDAH en adultos puede imitar o coexistir con la ansiedad, la depresión, los trastornos relacionados con el trauma o las dificultades vinculares. Sin datos objetivos, hasta los clínicos más capacitados pueden verse en dificultades para desentrañar estas condiciones y establecer un diagnóstico cierto. Cuando se añade este nivel adicional de rigor, los clínicos tienen una mayor claridad para diferenciar el TDAH de otros trastornos con perfiles sintomáticos similares.

Por qué son importantes los datos objetivos

El TDAH en adultos sigue siendo un ámbito desafiante para los clínicos, sobre todo a medida que aumenta la complejidad de los pacientes adultos. Por otra parte, tampoco existen guías estandarizadas, y muchos profesionales tienen una formación limitada respecto de las manifestaciones de este trastorno en la edad adulta. Los datos objetivos ofrecen una solución: proporcionan un marco estandarizado que pone el foco en patrones de atención, de hiperactividad y de impulsividad, reduciendo así la dependencia en la intuición o en aquellos criterios basados en la población pediátrica. Esto permite diagnosticar con una mayor certeza, y ayuda a los clínicos a comunicar los hallazgos con claridad a pacientes que muchas veces llevan años sin sentirse validados. Por otra parte, esas medidas objetivas permiten realizar un seguimiento de la evolución a lo largo del tiempo, orientando los ajustes terapéuticos incluso en ausencia de protocolos formales para el TDAH en adultos.

El manejo eficaz del TDAH en adultos se apoya en un enfoque terapéutico orientado a objetivos, que utiliza resultados medibles para guiar las intervenciones. Los datos objetivos les permiten a los clínicos contar con una referencia inicial del nivel de atención, la función ejecutiva y los patrones cognitivos, lo que facilita un tratamiento personalizado —ya sea farmacológico, psicoterapéutico o centrado en cambios en el estilo de vida—. El seguimiento de estas medidas a lo largo del tiempo simplifica los ajustes oportunos y garantiza que las intervenciones respondan a objetivos concretos. Asimismo, mejora el compromiso del paciente, ya que el hecho de ver avances medibles consolida el compromiso con el tratamiento y favorece una toma de decisiones compartida. Al reducir los sesgos y una posible mala interpretación, este enfoque aporta confianza en el plan terapéutico tanto a los clínicos como a los pacientes.

Los vínculos colaborativos constituyen la base de una atención eficaz del TDAH: cuando los pacientes se sienten escuchados, validados y seguros, están mejor predispuestos a compartir los matices de su experiencia personal. Combinar esta alianza con datos objetivos transforma tanto la evaluación como el tratamiento. Las medidas objetivas capaces de ofrecer informes marcadamente visuales



El TDAH en adultos puede imitar o coexistir con la ansiedad, la depresión, los trastornos relacionados con el trauma o las dificultades vinculares. Sin datos objetivos, hasta los clínicos más capacitados pueden verse en dificultades establecer un diagnóstico cierto.

brindan un punto de referencia neutral que puede compartirse entre los distintos profesionales implicados y el propio paciente, algo que valida su experiencia vital y, al mismo tiempo, le aporta claridad al clínico para distinguir el TDAH de otros trastornos con síntomas superpuestos. Esta combinación propicia la toma de decisiones compartida, refuerza el compromiso terapéutico y permite monitorizar el progreso a lo largo del tiempo, creando un circuito de retroalimentación que fortalece la confianza del paciente y la eficacia clínica.

Igual de importante resulta un buen equilibrio entre exhaustividad y rapidez en el manejo del TDAH. Los clínicos aspiran a resultar minuciosos en su enfoque diagnóstico, pero también reconocen la urgencia de ofrecerles a los pacientes un apoyo eficaz lo antes posible. Ya que el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos más tratables cuando se lo identifica correctamente, cualquier retraso en el diagnóstico puede posponer intervenciones que serían capaces de cambiar la vida de la gente. Las pruebas objetivas aportan la información adicional que hace falta para actuar con seguridad y eficiencia, garantizando así que los pacientes reciban el diagnóstico y el tratamiento adecuados.

Las pruebas objetivas no reemplazan el papel del clínico; lo refuerzan. Al combinar la experiencia clínica con los datos objetivos, los profesionales pueden ofrecer diagnósticos más rápidos y seguros, garantizando así que los pacientes reciban el tratamiento apropiado sin demoras innecesarias.

Una respuesta para las exigencias de la atención híbrida

El auge de los modelos de atención virtual e híbrida ha sido algo necesario e inevitable, sobre todo para permitir el acceso de pacientes que, de otro modo, quedarían sin atención médica. No obstante, estos modelos también suponen un desafío importante para los clínicos encargados de diagnosticar acertadamente el TDAH.

Un punto clave es la dificultad para realizar observaciones conductuales durante las consultas virtuales. En esos entornos, el clínico en general ve tan solo la cabeza y los hombros del paciente, algo que limita bastante la capacidad de detectar movimientos sutiles o cierta inquietud general que puedan indicar hiperactividad. Esta limitación puede complicar el proceso diagnóstico, en especial cuando se busca diferenciar el TDAH de otros trastornos psiquiátricos.

La hiperactividad se complejiza mucho con la edad (Figura 1). Muy pocas veces se manifiesta de ese modo estereotipado que se asocia con los niños pequeños (que corren de un lado a otro o son incapaces de quedarse sentados). Los adultos, en cambio, pueden expresarla mediante conductas más sutiles, como jugar con objetos o golpear el suelo con un pie, o mediante una inquietud constante, rasgos todos que pueden pasar inadvertidos en una pantalla. Las mujeres y las niñas tienen aún más probabilidades de presentar signos menos evidentes, posiblemente debido a conductas de enmascaramiento o estrategias compensatorias desarrolladas con el tiempo. Sin una evaluación cuidadosa, estos pacientes corren el riesgo de ser pasados por alto o diagnosticados erróneamente.

Estas complicaciones se agravan aún más por la proliferación de herramientas sin regulación que se comercializan como pruebas de TDAH. Muchas de ellas carecen de una base sólida de evidencia, lo que dificulta a los clínicos determinar cuáles son confiables. La mayoría de los clínicos —ya de por sí sometidos a una carga laboral excesiva y estresante— no siempre disponen del tiempo necesario para evaluar la fiabilidad, la validez, la sensibilidad y la especificidad de estas herramientas.

Las pruebas objetivas basadas en la evidencia y autorizadas por la FDA (*FDA-cleared*) proporcionan una solución. Estas herramientas pueden suplir los vacíos que deja la observación virtual, ya que aportan datos estandarizados referidos a la atención, la impulsividad y la actividad. Permiten mantener el rigor diagnóstico en modelos de atención virtual e híbrida, asegurando evaluaciones precisas y tratamientos oportunos (Figura 2).

Proteger a los pacientes y salvaguardar los estándares

Las pruebas objetivas son una salvaguarda esencial en la atención del TDAH ya que aportan datos sobre la actividad, el control de los impulsos y la atención, referenciados por edad y sexo asignado al nacer. Ciertas manifestaciones sutiles de hiperactividad en adultos —como toquetear algo sin pausa, golpear el suelo con un pie o la inquietud constante— suelen pasar por alto en los entornos virtuales, y pueden no ser siquiera percibidas por los propios pacientes. Al captar esas conductas, las pruebas objetivas apuntalan el juicio clínico y reducen el riesgo de omitir un diagnóstico.

El riesgo de diagnósticos motivados por intereses comerciales y la existencia de



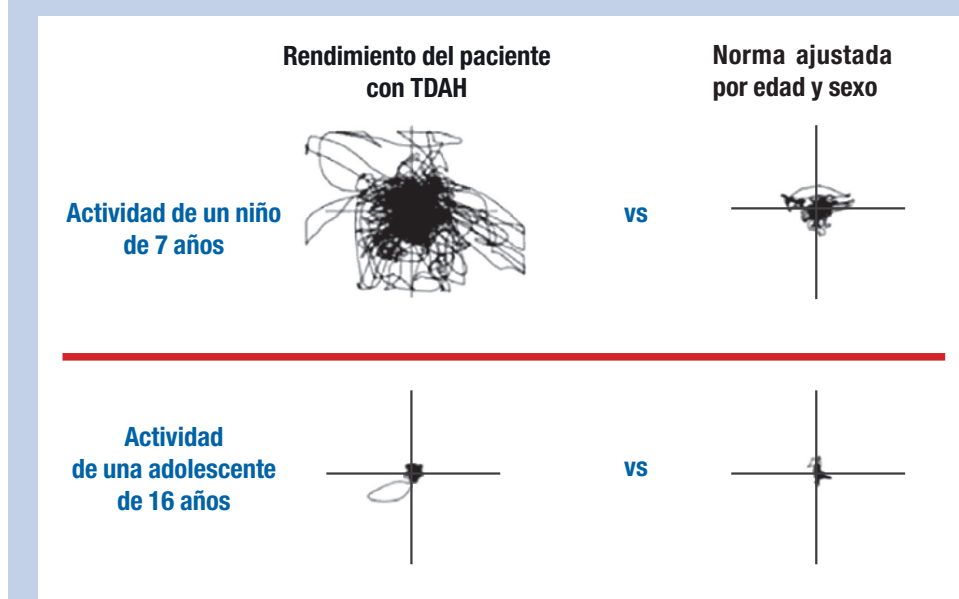
herramientas no reguladas subrayan la necesidad de un enfoque riguroso. Muchas pruebas de TDAH carecen de evidencia o de supervisión por parte de la FDA, y la ambigüedad terminológica entre categorías como *FDA approved*, *FDA exempt* y *FDA cleared* agrava la incertidumbre.² *FDA approved* se aplica a fármacos y a dispositivos de alto riesgo, y exige ensayos clínicos; *FDA exempt* se destina a dispositivos de bajo riesgo sin revisión previa antes de su salida al mercado; y las herramientas *FDA cleared* se someten a revisión para garantizar fiabilidad, validez y utilidad clínica, protegiendo así tanto a los clínicos como a los pacientes. Por último, la información objetiva ayuda a los clínicos a lidiar con la cantidad cada vez mayor de adultos que solicitan evaluaciones,

en muchos casos influenciados por las redes sociales. Al fundamentar sus decisiones en evidencia subjetiva y objetiva, los profesionales pueden diferenciar con mayor precisión el TDAH de otros trastornos con síntomas superpuestos, mejorando así la certeza diagnóstica y manteniendo la confianza del paciente.

De cara a un futuro más accesible y responsable

Ampliar el acceso a la atención del TDAH sigue siendo un reto mayúsculo en los Estados Unidos, sobre todo en zonas remotas y desatendidas. Los modelos de atención híbrida y virtual son clave para cerrar esta brecha, pero deben implantarse con salvaguardas que garanticen precisión y coherencia.

FIGURA 1 Importancia de la actividad en el TDAH



La observación es esencial; no obstante, ciertos aspectos, como la actividad, son difíciles de registrar, especialmente en consultas virtuales. La ilustración muestra, a la izquierda, la actividad de personas con hiperactividad (varón y mujer) y, a la derecha, la de personas sin hiperactividad. Además, destaca la importancia de comparar la presentación sintomática con grupos normativos ajustados por edad.

Una vez identificado, el TDAH es muy tratable. El desafío ahora es lograr que esa identificación sea más confiable y resulte accesible para todos los pacientes. Sumar pruebas objetivas a los modelos de atención modernos representa un paso fundamental de cara a un futuro más accesible, responsable y equitativo. Este es el futuro de la atención del TDAH: un escenario en el que la experiencia clínica y la ciencia objetiva se combinan para ofrecer resultados coherentes, equitativos y transformadores para los pacientes.

La Dra. Weir es asesora clínica principal en Qbtech, donde asiste a clínicos de todo el mundo en la prestación de evaluaciones y atención del TDAH basadas en la evidencia. Establecida en Texas, trabajó antes en el ámbito académico y como psicóloga en un departamento de psicología pediátrica en el Reino Unido. Está registrada en el Health and Care Professions Council y obtuvo un máster en psicología de la salud; su investigación doctoral se centra en el uso transcurricular de escalas de valoración psicológica.

Referencias

1. Survey finds 25% of adults suspect they have undiagnosed ADHD. Press release. The Ohio State University Wexner Medical Center. October 14, 2024. Accessed October 7, 2025. <https://wexner-medical.osu.edu/mediaroom/pressreleaselisting/survey-finds-25-percent-of-adults-suspect-they-have-undiagnosed-adhd>
2. About FDA: patient Q&A. FDA. November 2024. Accessed October 7, 2025. <https://www.fda.gov/media/151975/download>.



FIGURA 2 Oportunidades asistenciales



CONVERSACIONES CLÍNICAS

Interrelación entre las hormonas y el TDAH en adultos

Jessica Walters; y J. J. Sandra Kooij, MD, PhD

Las hormonas juegan un papel significativo en los síntomas y la presentación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), sobre todo en las mujeres. Para comprender mejor el impacto que tienen las hormonas en este trastorno, *Psychiatric Times* conversó con J. J. Sandra Kooij, MD, PhD,¹ profesora de estudios sobre TDAH en adultos en el Departamento de Psiquiatría del Amsterdam Medical Center/VU University Medical Center, de los Países Bajos.

PSYCHIATRIC TIMES: ¿Qué papel desempeñan las hormonas en los cambios del estado de ánimo y en el TDAH?

J. J. SANDRA KOOIJ, MD, PhD: Las hormonas femeninas fluctúan a lo largo del ciclo menstrual, después del parto y durante la perimenopausia. En esas etapas, las mujeres con TDAH experimentan, con mayor frecuencia, síntomas graves del estado de ánimo y de TDAH.^{2,3} La hipótesis es que los niveles de dopamina desregulados en el cerebro asociados con el TDAH interactúan con las fluctuaciones de los niveles de estrógenos en el cerebro.³ Los estrógenos parecerían potenciar la actividad dopaminérgica cerebral, lo que se traduce en una mejor cognición, una mejor memoria y estabilidad en el estado de ánimo. Cuando ambos están desregulados o presentan niveles bajos, los síntomas del estado de ánimo y del TDAH pueden intensificarse.³

PT: ¿Cómo pueden hacer los clínicos para reconocer cambios relacionados con las hormonas en pacientes con TDAH?

KOOIJ: Los clínicos deben ser conscientes de la interacción entre los estrógenos y los neurotransmisores cerebrales, especialmente la dopamina, no solo en mujeres con TDAH sino en todas las mujeres con vulnerabilidades psiquiátricas, ya que todas parecen ser más susceptibles a las variaciones de los niveles de estrógenos.⁴ Por eso, en casos de depresión premenstrual, depresión posnatal y problemas del estado de ánimo durante la perimenopausia, es importante evaluar la posible presencia de TDAH y de otros trastornos psiquiátricos preexistentes.

PT: ¿Cómo interactúa la medicación para el TDAH con las hormonas?

KOOIJ: Ya que la medicación estimulante para el TDAH incrementa los niveles de dopamina en el cerebro, podría llegar a compensar la pérdida de estrógenos que se da, por ejemplo, durante la semana premenstrual. En

un estudio piloto reciente con nueve mujeres con TDAH y síntomas premenstruales del estado de ánimo, se observó que un pequeño aumento de la dosis de la medicación estimulante para el TDAH compensaba el impacto de los niveles bajos de estrógenos sobre el TDAH y el estado de ánimo.⁵ Hay otro estudio que apunta en esa misma dirección, y muestra que la medicación estimulante mejoró las quejas referidas a aspectos cognitivos en mujeres perimenopáusicas sin TDAH y en mujeres que, tras la extirpación quirúrgica de los ovarios, habían entrado de manera brusca en la menopausia y no podían utilizar terapia de reemplazo hormonal.⁶⁻⁸

PT: ¿Dónde identifica necesidades no cubiertas en el tratamiento para el TDAH?

KOOIJ: Las necesidades no cubiertas en el tratamiento del TDAH incluyen, debido a una falta de conocimiento, tratamientos adecuados para los problemas del estado de ánimo premenstruales, posnatales y perimenopáusicos en mujeres con TDAH. Tampoco entendemos bien el impacto de los anticonceptivos orales y de otros métodos anticonceptivos hormonales sobre el TDAH y el estado de ánimo en este grupo. Aún queda mucho por investigar.

PT: ¿De qué modo la investigación futura sobre el papel de las hormonas podría afectar el tratamiento de los pacientes con TDAH?

KOOIJ: Solo el conocimiento nos permitirá avanzar, por eso es urgente realizar nuevas investigaciones para mejorar la vida de las mujeres con TDAH. Por ejemplo sobre el impacto del inicio de la pubertad en los síntomas del TDAH y del estado de ánimo; sobre el mejor tratamiento para los cambios hormonales del estado de ánimo a lo largo del ciclo vital en subgrupos de mujeres con TDAH y otros problemas de salud mental; sobre por qué la depresión posnatal se da en aproximadamente el 60% de las mujeres con TDAH; y sobre las razones de los diagnósticos tardíos de TDAH en mujeres perimenopáusicas. Si logramos responder esas preguntas, el tratamiento para las mujeres con TDAH y otros trastornos mentales será más preciso y se adaptará mejor a las necesidades individuales de cada una.

PT: ¿Algún otro consejo para aquellos clínicos que tratan el TDAH?

KOOIJ: Ya que el TDAH, el estado de ánimo y muchas otras vulnerabilidades psiquiátricas interactúan con las fluctuaciones hormonales y, durante la perimenopausia, también con el corazón femenino, cré – junto con la ginecóloga Dorenda van Dijken, MD, y la cardióloga Janneke Wittekoek,

MD, PhD– la red *Head Heart Hormones* (H3, www.h3-netwerk.nl) para aprender unas de otras y colaborar con el fin de lograr una atención sanitaria específica, y mejor integrada, para la salud de las mujeres. Este año recibimos una subvención para implementar redes H3 regionales en las 12 provincias de los Países Bajos, algo que se habrá completado para finales de 2025. Creo que podría ser también una buena iniciativa para otros países en los que las mujeres padecen una idéntica falta de conocimiento médico interdisciplinario.

PT: ¡Gracias!

La Dra. Kooij es psiquiatra en PsyQ y profesora de estudios sobre TDAH en adultos en el Departamento de Psiquiatría del Amsterdam Medical Center/VU University Medical Center, de los Países Bajos.

Referencias

1. Kooij JJS, de Jong M, Agnew-Blais J, et al. Research advances and future directions in female ADHD: the lifelong interplay of hormonal fluctuations with mood, cognition, and disease. *Front Glob Womens Health*. 2025;6:1613628.2.
2. Dorani F, Bijlenga D, Beekman ATF, et al. Prevalence of hormone-related mood disorder symptoms in women with ADHD. - *J Psychiatr Res*. 2021;133:10-15.
3. Broughton T, Lambert E, Wertz J, Agnew-Blais J. Increased risk of provisional premenstrual dysphoric disorder (PMDD) among females with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): cross-sectional survey study. - *Br J Psychiatry*. 2025;226(6):410-417.
4. Handy AB, Greenfield SF, Yonkers KA, Payne LA. Psychiatric symptoms across the menstrual cycle in adult women: a comprehensive review. *Harv Rev Psychiatry*. 2022;30(2):100-117.
5. de Jong M, Wynchank DSMR, van Andel E, et al. Female-specific pharmacotherapy in ADHD: premenstrual adjustment of psychostimulant dosage. - *Front Psychiatry*. 2023;14:1306194.
6. Shanmugan S, Epperson CN. Estrogen and the prefrontal cortex: towards a new understanding of estrogen's effects on executive functions in the menopause transition. *Hum Brain Mapp*. 2014;35(3):847-865.
7. Epperson CN, Shanmugan S, Kim DR, et al. New onset executive function difficulties at menopause: a possible role for lisdexamfetamine. - *Psychopharmacology (Berl)*. 2015;232(16):3091-3100.
8. Metcalf CA, Page CE, Stocker BOS, et al. Treating new-onset cognitive complaints after risk-reducing salpingo-oophorectomy: a randomized controlled crossover trial of lisdexamfetamine. *Gynecol Oncol*. 2024;190:62-69.