

Late Diagnosis of Inattentive ADHD in a School-Aged Child Without Hyperactivity: A Comprehensive Therapeutic Approach

Diagnóstico tardío de TDAH en un escolar sin hiperactividad: abordaje terapéutico integral

Kassandra Anais Alban Mendoza¹, Yisell Vigoa Escobedo¹

¹Universidad Técnica Estatal De Quevedo, Los Ríos, Ecuador.

Citar como: Alban Mendoza KA, Vigoa Escobedo Y. Late Diagnosis of Inattentive ADHD in a School-Aged Child Without Hyperactivity: A Comprehensive Therapeutic Approach. Neurodivergences. 2026; 5:302. <https://doi.org/10.56294/neuro2026302>

Enviado: 02-08-2025

Revisado: 24-09-2025

Aceptado: 08-11-2025

Publicado: 01-01-2026

ABSTRACT

Introduction: attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental condition of multifactorial origin, with a strong genetic basis, typically manifesting in childhood and characterized by high clinical heterogeneity. Its impact spans academic, familial, and social domains, and it often coexists with other disorders, complicating detection and management.

Objective: to describe a clinical case of late-diagnosed ADHD.

Case Presentation: an 11-year-old student, with no history of motor hyperactivity or psychomotor delays, showed adequate early academic performance and lived in a stable family environment. From age 9, attentional difficulties, disorganization, and school-related anxiety emerged, intensifying with increased academic demands. Diagnosis was confirmed through clinical interviews and standardized tools (Conners, BASC-3, DSM-5, Stroop, CPT-3), identifying inattentive-type ADHD. A multimodal treatment was implemented, including cognitive-behavioral therapy (TIMCO model), a gamified educational app, and atomoxetine, resulting in improved task organization, academic performance, and emotional regulation.

Conclusions: the late diagnosis of ADHD may be influenced by the absence of motor hyperactivity and a structured environment that masks symptoms. Personalized intervention led to significant functional improvement, highlighting the value of integrative therapeutic strategies tailored to the clinical profile and context.

Keywords: ADHD; Neurodevelopment; Late Diagnosis; Inattention; School Anxiety; Cognitive-Behavioral Therapy; Atomoxetine; Multimodal Intervention.

RESUMEN

Introducción: el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una condición del neurodesarrollo de origen multifactorial, con fuerte base genética, que se manifiesta en la infancia y presenta alta heterogeneidad clínica. Su impacto se extiende al ámbito académico, familiar y social, y suele coexistir con otros trastornos, lo que complica su detección y manejo.

Objetivo: describir un caso clínico con diagnóstico de TDAH de forma tardía.

Presentación del caso: escolar de 11 años, sin antecedentes de hiperactividad motora ni alteraciones psicomotoras, con buen rendimiento inicial y entorno familiar estable. A partir de los 9 años se evidencian dificultades atencionales, desorganización y ansiedad escolar, intensificadas con el aumento de exigencias académicas. El diagnóstico se estableció mediante entrevista clínica y aplicación de instrumentos estandarizados (Conners, BASC-3, DSM-5, Stroop, CPT-3), confirmando TDAH subtipo inatento. Se implementó tratamiento multimodal con terapia cognitivo-conductual (modelo TIMCO), aplicación digital gamificada y atomoxetina, logrando mejoras en organización, rendimiento académico y regulación emocional.

Conclusiones: el diagnóstico tardío del TDAH puede estar influido por la ausencia de hiperactividad motora y un entorno estructurado que disimula los síntomas. La intervención personalizada permite una mejora funcional significativa, evidenciando la utilidad de enfoques terapéuticos integrales adaptados al perfil clínico y contexto del paciente.

Palabras clave: TDAH; Neurodesarrollo; Diagnóstico Tardío; Inatención; Ansiedad Escolar; Terapia Cognitivo-Conductual; Atomoxetina; Intervención Multimodal.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un problema del neurodesarrollo de origen biológico que se manifiesta en la infancia, generalmente antes de los siete años. Se caracteriza por la presencia de tres síntomas principales, falta de atención, impulsividad e hiperactividad.^(1,2) Es un trastorno orgánico de origen multifactorial, pero eminentemente genético.⁽³⁾

En el Manual de la Asociación Americana de Psiquiatría se diferencian tres tipos de presentación del TDAH: predominante con falta de atención, predominante hiperactiva impulsiva y presentación combinada.⁽⁴⁾

Una cuestión de enorme interés es la relativa a la frecuencia con que estos síntomas principales del trastorno cursan de forma paralela con otros que se pueden considerar como secundarios. Este tema puede ser de gran importancia a la hora de explicar por qué el colectivo de niños hiperactivos constituye una muestra enormemente heterogénea.⁽⁵⁾

La mayoría de expertos consideran que la heterogeneidad del TDAH sugiere vías causales complejas, de forma que los genes y el ambiente interactúan de múltiples maneras en el resultado final. La opinión general es que, si bien el trastorno es heredable en un 70-80 %, la forma en la que se expresa y su evolución no puede comprenderse sin considerar las experiencias que tienen lugar en los sistemas sociales, y en particular en la familia como contexto primario de socialización.⁽⁶⁾

Su presencia puede producir una importante repercusión en el niño tanto a nivel académico como en sus relaciones personales o a nivel familiar.⁽³⁾ En la sintomatología definitoria del TDAH se pueden citar impulsividad, hiperactividad y desatención; se dificulta la labor educativa de los padres, que suelen sufrir sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima e insatisfacción con su rol parental.⁽⁶⁾

Se estima que entre el 3 y el 5 % de los niños en edad escolar tienen TDAH,⁽⁵⁾ aunque la estadística mundial oscila del 8-14 % según el grupo etario.⁽⁶⁾

Este trastorno rara vez suele presentarse solo, asociado a una alta comorbilidad con trastornos específicos del aprendizaje y trastornos de la conducta, seguidos de trastornos del estado de ánimo como ansiedad y depresión y, con una menor prevalencia, trastornos de la comunicación, trastorno del espectro autista y epilepsia.⁽⁷⁾

Los factores relativos a los microsistemas sociales, familia y escuela, donde se desarrolla el niño son los que tienen una mayor influencia tanto en el curso del TDAH, como en el desarrollo de problemas asociados al trastorno. Si la familia, la escuela y el grupo de compañeros son conscientes de las dificultades que presentan los niños con TDAH y le ofrecen suficientes oportunidades para desarrollar habilidades de autorregulación estarán facilitando la evolución positiva del trastorno.⁽⁴⁾

Atendiendo a lo expresado anteriormente se realizó la presentación de un caso clínico, con el objetivo de describir un caso clínico de diagnóstico de TDAH de forma tardía.

REPORTE DE CASO

Se trata de un escolar de 11 años, en quinto grado de educación primaria, con antecedentes heredo-familiares de padre con antecedentes de trastorno de ansiedad generalizada, madre sin antecedentes psiquiátricos, pero con historial de migraña crónica. Antecedentes patológicos personales de parto eutócico, sin complicaciones perinatales, desarrollo psicomotor dentro de parámetros normales hasta los 6 años, no hospitalizaciones previas ni enfermedades crónicas. Que vive con ambos padres y una hermana menor, en un ambiente familiar estable, aunque con exigencias académicas elevadas, con escolarización continua en institución privada con enfoque tradicional. A los 9 años, coincidiendo con el cambio de ciclo escolar, se reporta dificultad para seguir instrucciones, olvidos frecuentes, baja tolerancia a la frustración y desorganización en tareas escolares. Durante los siguientes dos años, los síntomas se intensifican. El niño presentó bajo rendimiento en matemáticas y lengua, dificultades para mantener la atención en clase, impulsividad verbal y episodios de ansiedad anticipatoria antes de evaluaciones. A los 11 años, tras múltiples reportes escolares y una evaluación psicopedagógica, se remite a consulta neuropediátrica, donde se realiza entrevista estructurada con padres y docente, observándose: dificultad para mantener atención sostenida, cambios rápidos de tema, impulsividad verbal.

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Conners Rating Scale (versión padres y maestros): puntuaciones elevadas en inatención y desorganización.
- DSM-5 Criteria Checklist: cumple criterios para TDAH subtipo inatento.
- Behavior Assessment System for Children (BASC-3): alteraciones en atención, ansiedad escolar y habilidades de organización.
- Test de Stroop y CPT-3 (Continuous Performance Test): bajo rendimiento en tareas de inhibición y atención sostenida.

Se realizó, por tanto, el diagnóstico de forma tardía, a los 11 años, en un niño sin antecedentes de hiperactividad motora, con buen rendimiento inicial y sin alteraciones del desarrollo psicomotor, lo que dificultó la detección precoz.

Se aplicó terapia cognitivo-conductual adaptada al modelo TIMCO (Entrenamiento en Autoconsciencia y Control), centrada en autorregulación emocional y planificación de tareas. Se hizo uso de aplicación digital educativa con refuerzo positivo gamificado para tareas escolares (modelo basado en Psicología Positiva). Lo anterior apoyado con terapia farmacológica con atomoxetina en dosis progresiva, elegida por perfil no estimulante y buena tolerancia en casos con ansiedad comórbida.

El paciente presentó mejora significativa en la organización de tareas y reducción de olvidos, incremento en calificaciones

en lengua e inglés (+1,5 puntos promedio); disminución de episodios de ansiedad escolar y mayor participación en clase y mejor relación con pares.

DISCUSIÓN

A partir del análisis del caso clínico presentado, se identifican varios elementos que permiten reflexionar sobre la complejidad diagnóstica y terapéutica del TDAH, especialmente en presentaciones de inicio tardío y sin hiperactividad motora evidente.

El TDAH tiene una base genética significativa, con variantes comunes que modulan el riesgo y otras más raras que lo causan directamente. Gracias a técnicas como Arrays CGH y secuenciación masiva, se han identificado alteraciones genéticas en hasta el 17 % de los casos, lo que permite mejorar el diagnóstico, orientar el tratamiento y ofrecer consejo genético familiar.⁽⁸⁾

A pesar de su predominancia hereditaria, se ha demostrado asociación a factores ambientales, donde éstos pueden ser tanto prenatales (ingesta de alcohol, tabaco o fármacos), perinatales (ser prematuro, peso bajo al nacer, hipoxia por complicaciones durante el parto, entre otros) y postnatales (conflictos familiares habituales o una inadecuada alimentación).⁽⁷⁾

En este sentido, el caso presentado ilustra cómo un entorno familiar estructurado y un rendimiento académico inicial adecuado pueden enmascarar síntomas de inatención, dificultando su detección precoz. Esta situación refuerza la necesidad de una vigilancia clínica sostenida, especialmente en contextos escolares con altas exigencias, donde los síntomas pueden emerger de forma más clara ante el incremento de demandas cognitivas.

El TDAH no sólo se asocia con problemas que perturban el día a día de los niños que lo padecen, sino que se puede asociar con algunos trastornos mentales de mayor gravedad.⁽⁵⁾ Aunque tradicionalmente se considera un diagnóstico infantil, numerosos estudios longitudinales confirman su continuidad más allá de la adolescencia. Se destaca que el TDAH en adultos puede presentar una sintomatología distinta, con predominio de la desorganización, impulsividad y dificultades en la autorregulación emocional, lo que impacta negativamente en el ámbito laboral, académico y social.⁽⁹⁾

Como resultado del cuadro, los padres de niños con TDAH se consideran menos competentes en el desempeño de su papel de padres y valoran que su calidad de vida es poco satisfactoria.^(6,10) Esta es la principal razón por la cual se debe tratar a la familia como una unidad, puesto que la participación activa de los padres y la escuela en el seguimiento del niño es esencial, no solo como apoyo logístico, sino como agentes de cambio en la dinámica cotidiana.

Como toda afección crónica, el manejo del TDAH requiere de un abordaje integral, en el que el médico responsable coordine todas las acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida del paciente. Se debe coordinar la atención por parte del pediatra de Atención Primaria, del neuropsicólogo y de los terapeutas escolares, así como integrar las expectativas y objetivos del niño/adolescente y de sus padres.⁽³⁾

El tratamiento tradicionalmente aceptado como más efectivo para el TDAH ha sido denominado como multimodal en base a las conclusiones de un estudio clásico (MTA) que comparó la utilidad del tratamiento farmacológico con metilfenidato (en diferentes pautas) con el uso de terapia cognitivo conductual y la combinación de ambos. Los resultados fueron claros a favor de la opción de tratamiento combinado.⁽³⁾

Los fármacos autorizados para el tratamiento del TDAH se dividen en dos grupos en función del perfil principal de su mecanismo de acción estimulantes y no estimulantes.⁽³⁾

En cuanto al tratamiento del paciente, se optó por una intervención multimodal que integrara terapia cognitivo-conductual adaptada al modelo TIMCO, uso de herramientas digitales con refuerzo positivo y farmacoterapia con atomoxetina. Esta elección terapéutica resultó coherente con el perfil del paciente, dado que la atomoxetina, al no ser un estimulante, presenta mejor tolerancia en casos con ansiedad comórbida. La incorporación de estrategias gamificadas para tareas escolares representa una innovación interesante, al fomentar la motivación intrínseca y la autorregulación sin recurrir exclusivamente a contingencias externas.

Esfuerzos en estandarizar el tratamiento emergen como el de Leite Gomez,⁽¹¹⁾ quien validó una cartilla educativa dirigida a padres y cuidadores de niños con TDAH, compuesta por 13 temas y 32 páginas. Los resultados mostraron altos índices de validez de contenido (0,89), apariencia (0,91) y aceptación por parte del público objetivo (0,99), además de una legibilidad satisfactoria (54 %). Se concluyó que el material es claro, pertinente y útil para orientar el cuidado domiciliario, siendo considerado apto para su aplicación en la práctica de enfermería.

Las terapias denominadas alternativas o complementarias no están basadas en la evidencia científica y no solo no son efectivas, sino que pueden ser contraproducentes, ya que pueden generar efectos no deseados.⁽³⁾

CONCLUSIONES

El diagnóstico tardío del TDAH puede estar influido por la ausencia de hiperactividad motora y un entorno estructurado que disimula los síntomas. La intervención personalizada permite una mejora funcional significativa, evidenciando la utilidad de enfoques terapéuticos integrales adaptados al perfil clínico y contexto del paciente.

REFERENCIAS

1. Vargas Tenorio AS. Presentación de caso clínico: tratamiento de paciente con TDAH mediante el uso de Klammt en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Zaragoza. 2025.

2. Teresa Isabel Costa De Oliveira Martins Matos TICDOMM, González-Contreras AI, Alonso-Rodríguez I, Martínez-Muciano MC. Inclusive school and the impact of programs promoting socio-emotional competencies based on mindfulness in ADHD in primary school students. *Salud Cienc Tecnol*. 2024;4:1170. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20241170>.
3. Soteras CE, Fernández MAF, Fenoy CT, del Valle FM, Cervera GR, Casas ISM. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2022;1:85–92.
4. Prada Hernández M. Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un trastorno de atención con hiperactividad, presentación hiperactiva-impulsiva. 2016.
5. Presentación MJ, Siegenthaler R. Problemática asociada al TDAH subtipo combinado en una muestra escolar. *J Study Educ Dev*. 2005;28:261–75. <https://doi.org/10.1174/0210370054740232>.
6. Presentación MJ, Pinto V, Meliá A, Miranda A. Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escr Psicol*. 2009;2:18–26.
7. Laborda Pretel P. Intervención neuropsicológica en atención y funciones ejecutivas en TDAH: caso clínico. 2022.
8. López-Martín S, Albert J, Calleja-Pérez B, Fernández-Mayoralas DM, Fernández-Perrone AL, Jiménez De Domingo A, et al. Genetics of ADHD in clinical practice. *Medicina (B Aires)*. 2024;84(Suppl 1):26–30.
9. Pérez-Hernández S, Macias-Paz IU, Cruz-Rosas A. Attention deficit/hyperactivity disorder: persistence in adulthood. *Vertex*. 2024;35:67–73. <https://doi.org/10.53680/vertex.v35i165.661>.
10. Garcés Garcés NN, Esteves Fajardo ZI, Santander Villao ML, Mejía Caguana DR, Quito Esteves AC. Relationships between mental well-being and academic performance in university students: a systematic review. *Salud Cienc Tecnol - Ser Conf*. 2024;3:972. <https://doi.org/10.56294/sctconf2024972>.
11. Leite Gomes da Silva KV, de Almeida Rebouças CB, Cruz J, de Almeida PC. Construction and validation of a booklet for parents/caregivers of children with attention deficit and hyperactivity disorder. *Rev Cuid*. 2023;14:e09. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3037>.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

CONTRIBUCIÓN DE LA AUTORÍA

Conceptualización: Kassandra Anais Alban Mendoza.

Curación de datos: Kassandra Anais Alban Mendoza, Yisell Vigoa Escobedo.

Análisis formal: Yisell Vigoa Escobedo.

Investigación: Kassandra Anais Alban Mendoza, Yisell Vigoa Escobedo.

Metodología: Kassandra Anais Alban Mendoza, Yisell Vigoa Escobedo.

Administración del Proyecto: Kassandra Anais Alban Mendoza, Yisell Vigoa Escobedo.

Recursos: Kassandra Anais Alban Mendoza, Yisell Vigoa Escobedo.

Software: Yisell Vigoa Escobedo.

Supervisión: Kassandra Anais Alban Mendoza.

Validación: Kassandra Anais Alban Mendoza.

Visualización: Kassandra Anais Alban Mendoza, Yisell Vigoa Escobedo.

Redacción – borrador inicial: Kassandra Anais Alban Mendoza, Yisell Vigoa Escobedo.

Redacción – revisión y edición: Kassandra Anais Alban Mendoza, Yisell Vigoa Escobedo.