



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación

El incremento del TDAH en la población infantil.

Trabajo de fin de grado presentado por: Miriam Guadalix

Titulación: Grado en Educación Infantil

Línea de investigación: Estado de la cuestión

Director/a: Cristina Escribano

Ciudad: Madrid

Julio 2015

Firmado por: [Miriam Guadalix](#)

CATEGORÍA TESAURO: 1.1.9. PSICOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN

RESUMEN

En las últimas décadas se está asistiendo a un continuo incremento a nivel mundial de las llamadas enfermedades mentales, entre ellas el TDAH. A pesar de las investigaciones realizadas en busca de un supuesto trastorno neurobiológico o disfunción cerebral como explicación del TDAH, no se ha podido demostrar su existencia. Aun así, se sigue diagnosticando a la población infantil de TDAH y se la trata con psicofármacos que carecen de beneficios a largo plazo y que originan graves efectos secundarios. En el presente trabajo de fin de grado se exponen diferentes versiones de numerosos investigadores sobre el TDAH; frente a la visión habitual del TDAH como enfermedad mental, otros investigadores alertan de que el TDAH viene a encubrir los problemas reales de los niños e inciden en la tendencia a tratar con psicofármacos en lugar de buscar el verdadero origen de las conductas de desatención, impulsividad o hiperactividad.

Palabras clave: TDAH, infancia, psicoestimulantes, diagnóstico, riesgos.

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN	3
1.1	JUSTIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL TEMA.....	3
1.2	UTILIDAD EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.....	4
1.3	OBJETIVOS.....	5
2.	MARCO TEÓRICO	6
2.1	ORIGEN DEL TDAH	6
2.2	EVOLUCIÓN DE LAS NOMENCLATURAS RELACIONADAS CON EL TDAH	8
2.3	POR QUÉ SE DISTRAEN LOS NIÑOS CON TDAH. BASES BIOLÓGICAS DEL TDAH	9
2.4	QUÉ ES LO NORMAL Y QUÉ ES LO ANORMAL.....	12
2.5	LA ATENCIÓN NO SOSTENIDA EN LA CULTURA ACTUAL.....	14
2.6	ESCALAS Y MARCADORES BIOLÓGICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TDAH	14
2.7	EL DIAGNÓSTICO DEL TDAH SEGÚN EL DSM	15
2.8	EL PSICOESTIMULANTE MÁS CONSUMIDO PARA EL TDAH, EL METILFENIDATO	19
2.9	RIESGOS DE LOS PSICOFÁRMACOS EMPLEADOS PARA TRATAR EL TDAH	23
2.10	HIPÓTESIS SOBRE EL COMPONENTE GENÉTICO DEL TDAH	25
3.	CONCLUSIONES	27
4.	LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS	30
5.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	34

1. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL TEMA

El tema a tratar versa sobre el TDA/TDAH (Trastorno por Déficit de Atención / Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad). El término TDAH forma parte del vocabulario escolar cotidiano, todo niño *rebelde, despistado, con malos resultados*, tiene muchas probabilidades de acabar *tomando una pastilla* antes de ir al colegio. Solo en Cataluña hay unos 20.000 niños diagnosticados de TDAH que acuden cada día a la escuela medicados con psicoestimulantes, lo que representa casi un 3% del alumnado, y la cifra sigue aumentando a un ritmo considerable (De Vicente, Berdullas, & Castilla, 2012).

Cabe preguntarse qué está sucediendo ante el imparable diagnóstico de TDAH en niños, ¿se encuentra la sociedad ante una “enfermedad” que parece ser propia del S. XXI?, ¿qué está fallando para que millones de niños en todo el mundo necesiten tomar pastillas diariamente para poder prestar atención?, ¿cómo se diagnostica un TDAH?, ¿se conocen los factores que lo causan? Estas y otras cuestiones se intentarán abordar en este trabajo de fin de grado.

Según la *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*, del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España:

El TDAH es un trastorno de inicio en la infancia que comprende un patrón persistente de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Se considera que el trastorno está presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual según la edad y el desarrollo de la persona, y tales manifestaciones interfieren de forma significativa en el rendimiento escolar o laboral, y en sus actividades cotidianas [...]. El TDAH presenta un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia [...]. Los niños con ese trastorno tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento y dificultades en las relaciones sociofamiliares como consecuencia de los síntomas propios del TDAH. El curso del trastorno es crónico y requiere tratamiento a largo plazo, con el correspondiente coste social (GPC, 2010, p.34).

Esta definición de TDAH se encuentra en la mayoría de las publicaciones sobre este tema y es mantenida por psiquiatras, psicólogos y neurólogos. Lo esperable por tanto, sería pensar que dicha definición estuviera basada en evidencias científicas, pero si se avanza en la mencionada Guía de Práctica Clínica, se puede leer:

No hay acuerdo en nuestro medio acerca de qué instrumentos hay que utilizar para la evaluación de niños con posible TDAH; también existe controversia sobre los criterios que se deben emplear para su diagnóstico. Estas dificultades en la detección, el proceso diagnóstico y la metodología originan amplias variaciones (geográficas y demográficas), lo que conduce a un infradiagnóstico o sobrediagnóstico del TDAH. No existen marcadores biológicos que nos permitan diagnosticar el TDAH, por lo que el diagnóstico es clínico. Los instrumentos que se utilizan habitualmente para la evaluación de los niños, en quienes se sospecha el trastorno, no siempre han sido validados en la población española. En lo que respecta a las opciones terapéuticas con fármacos, existe controversia acerca de si usar o no estimulantes como primera elección, si la eficacia persiste en los tratamientos de más de 12 semanas de duración, si es recomendable suspender la medicación durante los períodos vacacionales o fines de semana, así como la duración del tratamiento farmacológico. En cuanto al

tratamiento psicosocial, los datos son contradictorios respecto a la eficacia, la duración y la generalización de los resultados. Tampoco hay consenso sobre cómo medir la respuesta terapéutica, los efectos secundarios del tratamiento y la frecuencia de las visitas del tratamiento (GPC, 2010, p. 34).

Aunque se reconoce esta falta de consenso en la comunidad científica, se ha difundido la idea de que cuestionar el diagnóstico de TDAH es de *ignorantes o supersticiosos*. Nuevamente en la GPC se puede leer:

Críticos sociales y algunos profesionales no expertos en el tema afirman que el TDAH es un mito o, más específicamente, que los niños diagnosticados de TDAH son normales pero que los “etiquetan” como trastorno mental por la intolerancia de padres y docentes, por la ansiedad cultural y parental en torno a la crianza de los niños o por una específica o indocumentada conspiración entre la comunidad médica y las compañías farmacéuticas (GPC, 2010, pp.36-37).

A pesar de que no se haya encontrado fallo biológico y por ello no existan marcadores biológicos para diagnosticar esta *enfermedad*; aunque no haya acuerdo entre los profesionales sobre las pruebas que identifican el TDAH; aunque no existan pruebas objetivas para determinar que una persona tiene TDAH; aunque muchos profesionales del ámbito de la psicología, psiquiatría, neurología y otros denuncian la falta de rigor a la hora de abordar el TDAH, se ha divulgado que el TDAH es uno de los trastornos más sólidos de la medicina (García de Vinuesa, González, & Pérez, 2014).

Tal y como indica la GPC:

La American Medical Association (AMA) encargó un estudio que concluye que “el TDAH es uno de los trastornos mejor estudiados en medicina y los datos generales sobre su validez son más convincentes que en la mayoría de los trastornos mentales e incluso que en muchas otras enfermedades (GPC, 2010, p.37).

En los próximos apartados se indagará en la historia del TDAH y en cómo se ha llegado a la conclusión de que el TDAH es una enfermedad o trastorno mental, basándose en los datos, razonamientos y conclusiones aportados por los expertos mundiales en este campo.

A continuación, se pasa a describir por qué es importante analizar el TDAH dentro del ámbito educativo.

1.2 UTILIDAD EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

Durante la realización de las prácticas del Grado de Educación Infantil, se pudo observar que en la mayoría de las clases el número de niños diagnosticados de TDAH, y por ello en su mayor parte medicados, oscilaba entre 2 y 4. Este dato llamó poderosamente la atención. Tras consultar a varios psicólogos infantiles, especialistas en este campo y buscar bibliografía relacionada con el tema a tratar se comprobó que hay bastante controversia a la hora de afrontar el diagnóstico y tratamiento del TDAH.

La información que se ha encontrado es cuanto menos sorprendente; no se observa consenso a la hora de determinar qué es el TDAH, no existe ninguna prueba médica con la que se pueda concluir que un niño tiene TDAH, y sin embargo se trata a los niños diagnosticados de TDAH con una medicación que tiene importantes efectos adversos y que no ha demostrado ser eficaz para “curar” esta supuesta “enfermedad” (García de Vinuesa et al., 2014).

Se considera por ello que el tema a tratar puede ser de un gran interés para el ámbito educativo y la sociedad en general, ya que el TDAH se encuentra presente en la mayoría de las aulas y en muchos hogares. Recientes investigaciones plantean que no se está ante un sobre-diagnóstico de TDAH sino que la raíz del problema es otra. Hay niños con problemas, y muchos, pero los investigadores alertan de que el diagnóstico de TDAH viene a encubrir cuáles son los condicionantes contextuales de tales problemas. Esto supone que se termine tratando a niños con psicofármacos que no solo podrían evitarse, sino que además pueden ser perjudiciales, mientras que la raíz del problema que llevó al niño a mostrar las conductas de desatención, impulsividad o hiperactividad seguirá sin abordarse (De Vicente et al., 2012).

Son interesantes las observaciones aportadas por algunos profesionales ante casos de falta de atención en niños. Al analizar las posibles causas de dichas distracciones, se comprobó al trabajar con ellos, que eran debidas a manifestaciones de problemáticas de su vida y no a un supuesto "deterioro crónico de las funciones ejecutivas" al que se suele aludir como explicación del trastorno (TDAH). Muchos de estos niños presentaban celos de un hermano, ansiedad por la reciente separación de sus padres, estrés por el cambio de domicilio tres veces en un año, etc. (García de Vinuesa et al., 2014).

Por todo ello, se pasan a describir los objetivos, general y específicos, que se persiguen con este trabajo.

1.3 OBJETIVOS

Objetivo general

Contribuir, mediante una revisión bibliográfica, a la reflexión sobre el creciente diagnóstico de TDAH en España y otros lugares del mundo, basándose en trabajos de investigación actuales que muestran la falta de consenso en la comunidad científica internacional para determinar qué es el TDAH y por tanto si se debe o no medicar a los niños diagnosticados con TDAH (teniendo en cuenta sus efectos secundarios) al no haber evidencias de su existencia.

Objetivos específicos

Despertar la concienciación sobre los riesgos de medicar a niños diagnosticados de TDAH con psicofármacos que se encuadran dentro del grupo de sustancias psicotrópicas (tienen potencial de

abuso o riesgo de drogodependencia) y que no están demostrando ser eficaces para mantener la atención ni reducir la hiperactividad.

Insistir en la necesidad de indagar en las manifestaciones de la problemática de la vida de los niños, mediante la escucha atenta de padres, maestros y especialistas. Evitando realizar diagnósticos que no van al fondo de la conducta de desatención, impulsividad o hiperactividad.

Fomentar una actitud crítica y cautelosa ante la facilidad con la que se tiende a “medicalizar” los problemas de la infancia.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ORIGEN DEL TDAH

El Dr. en psicología Russel A. Barkley es considerado el “padre intelectual del actual TDAH”, en 1977 recibió su doctorado en psicología clínica con máximas calificaciones por su tesis sobre la medicación en niños con “hiperactividad”. Barkley ha escrito varios libros sobre TDAH (entre otros, destaca “Niños hiperactivos”) y ha desarrollado escalas de conducta para el diagnóstico del TDAH. Muchos autores le citan como un referente.

El origen del TDAH parece remontarse a principios del S. XIX. La guía GPC y numerosos autores señalan al médico inglés George Still, como el primero en describir las características del síndrome en 1902. El Dr. Still describió a niños con un patrón de conducta muy violento, que hacían daño a los demás y a sí mismos (maltrataban a sus hermanos, se lastimaban), a menudo presentaban anomalías físicas, con tendencia al robo y a la mentira, cuya incidencia era mayor en niños que en niñas, y que presentaban una incapacidad para atender sostenidamente. Lo denominó “defecto mórbido del control moral”. Pero esta descripción del Dr. Still parece estar bastante lejos de lo que hoy se entiende por TDAH.

Fue en el año 1980, cuando el TDAH apareció como *trastorno mental*, en la tercera edición del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, el DSM-III. En el *trastorno* se agrupaban comportamientos de falta de atención como “a menudo no puede acabar las cosas que empieza”, “a menudo no parece escuchar”, “se distrae con facilidad” y comportamientos impulsivos tales como “a menudo actúa antes de pensar”, “cambia con excesiva frecuencia de una actividad a otra” (Barkley, 1988).

Ya desde principios del S. XX muchos niños eran derivados a especialistas no por su mala salud, sino por su mal comportamiento. Algunos médicos comenzaron a preguntarse si aquel numeroso grupo de niños llevados a tratamiento no serían en realidad niños molestos para sus padres o maestros, más que tener una mala adaptación personal o social. Desde entonces se emplea el

término *hiperactividad* con el que se ha calificado a muchos niños durante décadas. En 1958, Lapouse y Monk se cuestionaban si la alta prevalencia de algunos rasgos de conducta, considerados comúnmente como indicativos de psicopatología, significaban que una proporción de los niños padecían trastornos psiquiátricos, o bien si estas manifestaciones características del desarrollo, eran reacciones que aparecían en niños esencialmente normales (García de Vinuesa et al., 2014).

Durante la década de 1960 los médicos hablaban de “trastornos de conducta” refiriéndose a un *cajón de sastre* en el que incluían muchos casos de las consultas de psiquiatría infantil.

En la década de 1970 se habló de “inestabilidad psicomotriz” o “síndrome hipercinético”, siendo el primer término propio de autores franceses, y el segundo de autores ingleses.

El psiquiatra español Julián Ajuriaguerra, describe a este grupo de niños del siguiente modo:

Estos niños son llevados a la consulta por retraso escolar y no obstante tienen un nivel mental normal; destacan sobre todo por una agitación psicomotriz, se mueven constantemente, lo tocan todo, son tercos sin agresividad, incapaces de inhibición motriz y de moderación emocional; su actividad es desordenada, su atención dispersa; son incapaces de un esfuerzo constante y su rendimiento es insuficiente durante un trabajo prolongado (Ajuriaguerra, 1977, p.240).

Como se observa, el siglo XX estuvo marcado por repetidos intentos para encontrar en la conducta *desviada* (según indica la literatura científica: comerse las uñas, la mentira, las rabietas, o no prestar atención a las lecciones escolares) de los niños y adolescentes una causa biológica o impersonal. Se llegó a la conclusión de que la causa era debida a un daño o disfunción cerebral.

Llegados a este punto hubo que decidir entre considerar los argumentos de los especialistas que afirmaban que los síntomas que presentaban estos niños, no representaban un trastorno ni mucho menos una enfermedad, sino que se pretendía tratar como anormal comportamientos normales aunque arduos de lidiar; o bien seguir haciendo cambios a la nomenclatura. Se optó por la última opción y surgió el Trastorno por déficit de atención y el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en 1980 (García de Vinuesa et al., 2014).

En 1972 la famosa psicóloga canadiense Virginia Douglas dio un discurso en la “Canadian Psychological Association” (Asociación de psicología canadiense) del que se dice que sentó las bases del TDA/H. Según Douglas el problema de estos niños catalogados por algunos profesionales de “hiperactivos” no se debía a su excesiva actividad motriz, sino a la incapacidad para mantener la atención y su impulsividad.

Como se ha comentado anteriormente, unos años más tarde, en 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), publicó la tercera versión de su manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, el DSM-III, en el que aparece el TDAH por primera vez como un subtipo del TDA. El TDAH viene descrito por la APA con las siguientes palabras:

El niño presenta signos de falta de atención, impulsividad e hiperactividad, con relación a su grado de desarrollo. Los signos pueden ser referidos por los adultos que rodean al niño (padres y profesores). Debido a que los síntomas suelen ser variables, pueden no ser observables directamente por el clínico. Cuando los datos administrados por los padres y profesores son contradictorios, hay que conceder crédito a estos últimos dada la mayor familiaridad de los profesores con las normas apropiadas para cada edad. Es típico que los síntomas empeoren en situaciones que requieren concentración, como las clases. Puede no haber ningún síntoma cuando el niño está a solas con su interlocutor o cuando la situación es nueva para él (APA, 1983, p.50).

En 1987 la APA publicó el DSM-III-R, refiriéndose al TDAH como un trastorno mental en los niños caracterizado por la impulsividad, la hiperactividad y la falta de atención.

Sobre impulsividad en el DSM-III-R se dice que:

[...] puede ser objetivada por la emisión de respuestas precipitadas antes de que acaben de formularse las preguntas, por comentarios fuera de lugar, por no esperar turno en las tareas de grupo, [...], por interrumpir al profesor durante la explicación de la lección o por interrumpir o hablar con otros compañeros durante las horas de clase. [...] En casa los problemas con la impulsividad se manifiestan por una interrupción o intrusión en la actividad de otros miembros de la familia y por una conducta propensa a los accidentes, como coger recipientes puestos en el fuego, o tomar un jarrón (APA, 1988, p.61).

A su vez la hiperactividad en el DSM-III-R se puede manifestar por “una conversación excesiva y por incapacidad para jugar tranquilo”, cuando presenta “dificultad en permanecer sentado, dar saltos, correr a través de la clase, molestar a los compañeros, manipular objetos, retorcerse y moverse continuamente en el asiento”. La falta de atención según el DSM-III-R, es clara “cuando se trata de seguir las reglas de un juego estructurado o de escuchar a otros niños”.

En 1994 se publicó el DSM-IV en el que se recogió la sintomatología que actualmente se asocia al TDAH. No se aportaron novedades destacables. En el año 2000 surgió la versión DSM-IV-TR, donde el TDAH se definió de la misma forma que en las versiones anteriores, convirtiéndose en un fenómeno de masas. La psiquiatra Montserrat Graell Berna (2013), experta en TDAH, lo ha definido como “el trastorno mental más frecuente de la edad escolar”.

La edición DSM-V publicada en 2013 es la más actualizada, en ella vuelve a aparecer la definición de TDAH de las versiones anteriores.

2.2 EVOLUCIÓN DE LAS NOMENCLATURAS RELACIONADAS CON EL TDAH

Durante la evolución del TDAH, las nomenclaturas que indicaban como posibles causas de un daño cerebral a la hiperactividad, la falta de disciplina o el no atender como se espera a las tareas escolares, han quedado en desuso. No había acuerdo para aceptar la hiperactividad como síntoma unívoco y objetivo, ya que también depende de quien la observe, ni para aceptar que hay enfermedad sin que ésta sea evidente ni observarse un daño. Actualmente se piensa que las conductas que presentan los niños con TDAH están relacionadas con problemas en el desarrollo

normal del cerebro. De ahí que se emplee la terminología trastorno y no disfunción, lesión o daño cerebral.

Russell Barkley máximo exponente del TDAH, señala que “podemos concluir con seguridad, que este trastorno está relacionado con un problema en el desarrollo y funcionamiento del área frontal del cerebro” (Barkley, 2002, p.80). Lo cierto es que si se profundiza en la definición de TDAH se habla de trastorno pero también de daño cerebral. En la página web de la compañía farmacéutica Janssen Cilgar que comercializa Concerta, uno de los fármacos más recetados para tratar el TDAH, explica que se puede encontrar la información necesaria para comprender mejor la “enfermedad”. Esta información resulta contradictoria. Debido a estos aspectos tan chocantes, los testimonios y declaraciones en contra del TDAH han sido numerosos y variados. En 1989, Diane McGuinness, profesora emérita de psicología en la Universidad del Sur de Florida (USF) expuso:

Los pasados 25 años nos han dejado un fenómeno casi único en la historia. La investigación metodológicamente rigurosa... indica que el TDA (trastorno por déficit de atención) e hiperactividad como “síndromes” simplemente no existe. Nos hemos inventado una enfermedad, dado aprobación médica, y ahora debemos deshacernos de ella. No es fácil hacer esto y al mismo tiempo salvar la cara (García de Vinuesa et al., 2014, p.80).

Tal vez por ello en la actualidad al hablar de TDAH no se dice nada de lesiones ni de daños o disfunciones cerebrales, y muchas veces se evita emplear el término enfermedad. En su lugar se emplea la palabra trastorno, un término más neutral y subjetivo.

El problema de la terminología no parece estar resuelto. Dentro de TDAH se incluye actualmente a un número de niños aún mayor del que se incluía en la Disfunción cerebral mínima, en la Lesión cerebral mínima o en el Síndrome de Lesión cerebral.

2.3 POR QUÉ SE DISTRAEN LOS NIÑOS CON TDAH. BASES BIOLÓGICAS DEL TDAH

La teoría moderna del TDAH se basa en tres conceptos básicos: atención sostenida, hiperactividad e impulsividad. En el DSM-IV-TR se diferencian tres grupos de ítems para evaluar y diagnosticar el TDAH en función de estos tres conceptos: nueve ítems sobre atención, seis ítems sobre hiperactividad y tres ítems sobre impulsividad. Los psicólogos entienden por atención sostenida, la capacidad de mantener el foco de atención y permanecer alerta ante determinados estímulos durante períodos de tiempo relativamente largos. En la definición de TDAH se dice que los niños que lo padecen muestran un déficit de atención sostenida, pero lo llamativo es que según los expertos, son niños a los que solamente les cuesta mantener la atención en actividades ingratas. Muchos padres piensan que sus hijos no pueden tener TDAH pues son capaces de jugar a la videoconsola, ver la televisión o leer un libro que les guste durante horas. Se ha observado que la atención que se activa ante actividades interesantes es la atención selectiva y no la sostenida. Según Barkley se podrá saber si un niño tiene TDAH cuando se enfrente a una actividad ingrata o poco

motivadora para él, ya que “realmente el problema no es la atención, sino la motivación” (Barkley, 2002, p.76).

Una vez más, la información difundida sobre el TDAH no es clara, el problema parece deberse más a un déficit motivacional que a un déficit atencional. Barkley indica que la hiperactividad y la impulsividad se deben a un problema relacionado con la inhibición de la conducta. Así cuanto más aburrida y poco estimulante sea una actividad, más difícil será realizarla para estos niños, en comparación con los niños considerados normales que usan la motivación interna para realizar estas tareas.

Barkley se pregunta si los niños con TDAH se distraen más que los que no lo tienen, y aclara que aunque los científicos no están seguros de ello, él piensa que los niños con TDAH se aburren antes que los que no lo tienen, y se sienten más atraídos por los aspectos más gratificantes, divertidos o estimulantes de cualquier situación. Ante dichas afirmaciones, cabe preguntarse si no se estará clasificando como patológica una conducta que parece ser bastante frecuente en los niños. De hecho, también los adultos se sienten atraídos por los aspectos que resultan más gratificantes, divertidos o estimulantes en cualquier situación.

Según Barkley:

Un niño debería ser capaz de perseverar en los deberes escolares porque sabe que la recompensa que obtendrá más tarde, cuando pueda entregar el trabajo hecho al día siguiente, es más importante que la recompensa actual de evadir esa tarea aburrida. Es más probable que el niño TDAH abandone la tarea (se salte la regla) para hacer cosas que le recompensan más en ese momento (Barkley, 2002, p.74).

Si se preguntara a los padres, es bastante probable que dijesen que estas conductas son frecuentes en sus hijos, aunque no tengan TDAH. ¿Se puede decir que un niño que esté entretenido (con un videojuego o con un juguete) y que evita hacer los deberes hasta que vuelve su madre, es un niño que se comporte de forma anormal? ¿Es extraño un niño que ante algo aburrido, como esperar una cola, un viaje largo, etc., dice “me aburro” y comienza a moverse, a cantar, a pensar qué puede hacer para divertirse? Es frecuente escuchar a los padres frases como “para ya”, “estate quieto”, “no toques eso”, ante la incansable curiosidad y ganas de jugar de los niños ante todo lo que les rodea. Por todos es sabido que las novedades, los estímulos, despiertan la atención fácilmente, lo difícil es mantener la atención, sobre todo cuando la tarea requiere una atención sostenida.

En cuanto a las bases biológicas del TDAH se ha extendido la hipótesis de que el TDAH es una patología real con unas bases biológicas claras ya que los que están diagnosticados de TDAH, responden a los estimulantes que inciden sobre la dopamina y/o noradrenalina demostrando así la existencia de déficits en dichos neurotransmisores.

La profesora Isabel Orjales, autora de uno de los libros más vendidos en España sobre el TDAH “Déficit de atención con hiperactividad” expone: “Desde el punto de vista neuroquímico, la

respuesta positiva de los niños hiperactivos a los fármacos estimulantes apoya la hipótesis de una deficiencia en la producción regulada de importantes transmisores cerebrales (la dopamina y la noradrenalina)" (Orjales, 1998, p.31).

En esta línea, otros autores afirman que el deterioro químico de las funciones ejecutivas cerebrales es el causante de que algunas personas sean capaces de prestar atención a actividades que les interesan y muestren un deterioro crónico de la atención en muchas otras tareas a pesar de intentar hacer lo contrario.

En relación a lo expuesto, García de Vinuesa et al. (2014), se preguntan cómo se puede padecer un deterioro crónico de la atención si uno es capaz de atender cuando las actividades le interesan. Y compara el deterioro de la atención con el de un órgano. Si una persona muestra un deterioro en un órgano sensorial, como la vista, ¿verá bien cuando algo le interesa y mal cuando no le resulte interesante lo que ha de ver? En caso de que funcione de este modo la vista ¿Se diría que es la vista la que está fallando? Si un niño atiende cuando algo le interesa, atiende y no se podría decir lo contrario. Si este mismo niño no atiende cuando algo no le interesa ¿Se dirá que es debido a un deterioro crónico de su atención? Lo mismo se plantea ante un niño que juega activa y ágilmente al fútbol pero cuando debe volver a su casa para hacer los deberes o ir a la biblioteca parece quedarse paralizado y retrasa todo lo que puede su regreso, ¿sería éste un caso de patología de piernas?

Barkley (2002) y los demás divulgadores del TDAH han repetido en numerosas ocasiones que las dificultades del TDAH se manifestarán cuando la tarea no resulte interesante, es decir, cuando sea aburrida. Sin embargo, al pensar en la experiencia hay tareas que pueden ser un placer para una persona y un tedio para otra. Desde este punto de vista la falta de interés no se considera una patología.

Resulta curioso que algunos autores sostengan que las mismas personas que se distraen ante una tarea de forma crónica, a veces sean incapaces de retirar su atención de algo y redirigir su concentración a otra cosa cuando lo necesitan. Esta situación se conoce como "hiperatención". De nuevo García de Vinuesa et al. (2014) se preguntan, cómo es posible que debido a un trastorno neuroquímico no se pueda atender correctamente y en determinadas ocasiones sí se pueda. Y se cuestionan, que quizás se produzca una "tormenta de dopaminas" cuando los niños con TDAH están realizando actividades que les gustan. Continúan con esta suposición: si una persona con hipermetropía, que tiene dificultades para ver a distancias cortas y necesita gafas o lentillas para ver de cerca, se olvidase las gafas en casa no podría trabajar en la oficina, pero si al llegar a casa se pusiera a leer el periódico con suma atención sin gafas, ¿sería hipermetrópe?

Esta paradoja que supone la "hiperconcentración o hiperatención" en niños que tienen TDAH a los que supuestamente el trastorno les impide concentrarse correctamente ha sido señalada incluso por autores partidarios de la existencia del TDAH.

2.4 QUÉ ES LO NORMAL Y QUÉ ES LO ANORMAL

Parece que una de las causas clave para comprender la amplia aceptación del TDAH, es la tendencia a generalizar el comportamiento de los niños a una serie de conductas esperables que se consideran normales. Pero de este modo se selecciona una parte muy pequeña de lo que se supone normal y se llegan a considerar como anormales conductas muy comunes en gran cantidad de niños. Se podría decir que se está *patologizando* la infancia. Desde este punto de vista es sencillo comprender por qué el TDAH se describe como uno de los trastornos “más prevalentes en el ámbito de la psicopatología infantil”.

El TDAH se considera por los expertos como “una activación mayor de lo normal, una impulsividad mayor de lo normal, una falta de atención mayor de lo normal”. Ahora bien ¿qué es lo normal?, los expertos hacen una definición completamente informal. Barkley, como ya se vio, considera normal que un niño atienda en clase sin molestar, haga los deberes motivado porque la profesora se lo reconocerá al día siguiente, no cante en clase, tararee, o se despiste jugando con bolígrafos. ¿Por qué debe considerarse a eso lo normal?, hay niños que atienden en clase sin molestar y hay otros que no atienden demasiado y molestan y las dos conductas son normales. El problema de considerar a un grupo de niños como “no normales o anormales”, es que se tenderá a considerarlos enfermos, a “etiquetarlos” y a darles tratamiento que consistirá en un psicoestimulante y un antidepresivo o psicótropo, o la combinación de ambos, que tienden a alterar el estado natural del niño supuestamente para regular un desajuste neuroquímico que no se ha demostrado.

El psiquiatra Julián de Ajuriaguerra (1977) ya mencionado, explica en su *Manual de psiquiatría infantil*, que no se puede definir lo que es normal sin antes tener en cuenta la historia personal del sujeto, el contexto social en el que vive y la idea histórica de esa persona.

Debido a la diversidad de opiniones y criterios en torno al TDAH se organizó una reunión en EEUU en 1998 para intentar llegar a un consenso:

Exageradas variaciones en la incidencia y prevalencia del trastorno; variabilidad de criterios diagnósticos; tendencia al abusivo empleo de fármacos psicoestimulantes con espectaculares incrementos del gasto sanitario; diversidad e insuficiencia de los seguimientos terapéuticos con escasez o inexistencia de estudios controlados a largo plazo; acusaciones de medicalización y patologización excesiva de conductas infantiles normales en contraposición a quienes sostienen su infradiagnóstico. La inquietud generada por esos hechos y su carácter de problema socio-sanitario de primer orden ya impulsó a las autoridades sanitarias estadounidenses a realizar un informe de consenso entre expertos (GPC, 2010, p.27).

En relación a la mencionada reunión de 1998, dos famosos neurólogos, Fred Baughman y Craig Hovey concluyeron:

“... las suposiciones comunes sobre el TDAH incluyen que se le puede distinguir con claridad del comportamiento normal, que constituye una incapacidad relacionada con el desarrollo neurológico, que relativamente no está bajo la influencia del entorno; todas estas suposiciones... deben desafiar

debido a la debilidad del apoyo (investigación) empírico y la fuerza de la evidencia contraria... Lo que más a menudo se describe como TDAH en Estados Unidos parece ser un conjunto de variaciones del comportamiento normal... Esta discrepancia pone en duda la validez del TDAH" (García de Vinuesa, 2014, p.105).

Ante tanta discrepancia resulta razonable preguntarse cómo es posible que a pesar de no estar tan clara la existencia del TDAH se siga diagnosticando tanto y se trate cada vez a un mayor número de niños. Barkley (2002), en su libro *Niños hiperactivos*, explica cómo un niño con TDAH puede alterar a su familia. Según él, las familias de niños con TDAH suelen tener más problemas que el resto; los familiares de estos niños tienen más probabilidades de padecer un trastorno psiquiátrico; los padres de estos niños tienen más probabilidades de separarse y de abusar del alcohol y el tabaco. Llega incluso a decir que algunos padres acaban socialmente aislados porque parientes, amigos y vecinos intentan evitar el contacto con la familia. Ante esta perspectiva, Barkley aconseja a las familias llevar a su hijo a un profesional para que lo evalúen antes de "arruinarles la vida o ser una carga demasiado pesada". Por su parte el profesional debe cumplir unos requisitos como ser licenciado, tratar a menudo a niños con TDAH, y seguir los criterios del DSM (Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales). En caso de que el tratamiento del médico no coincida con lo que esperaban los padres, Barkley recomienda ir a otro médico. ¿Y qué es lo que debe esperar un padre si no sabe lo que es el TDAH? ¿Solo sería válida la respuesta de un médico que diagnosticara TDAH acompañado de un tratamiento psiquiátrico con anfetaminas? Barkley añade que una vez que el médico diagnostique TDAH al niño, los padres se sentirán aliviados pues sabrán que lo que sucede a su hijo tiene un nombre. Si se "culpa" a un niño de ser el causante de desestructurar o alterar su entorno familiar, cabe pensar que con bastante frecuencia estos niños se convertirán en *chivos expiatorios* de los inconvenientes familiares o conyugales.

El miedo a los efectos que un niño con sospecha de ser diagnosticado con TDAH puede provocar en su entorno familiar y en él mismo, parece ser una de las causas de la amplia aceptación del TDAH. Y debido al miedo de que un hijo tenga TDAH y a buscar lo mejor para cada hijo, minimizando los daños que pueda sufrir de por vida, se suele producir el fenómeno conocido como *profecías autocumplidas*. Es decir, se tiende a tratar al niño diagnosticado de TDAH como si tuviera una limitación crónica incurable, se adaptan las relaciones, las exigencias, para amoldarse a la *enfermedad* y así poder ayudarle. Y será ese amoldamiento lo que poco a poco haga creer al niño que realmente tiene un déficit de atención, ya que durante años se le ha considerado así por los adultos que le rodean. En la literatura científica hay casos descritos de niños tratados con medicación para el TDAH que al ser preguntados por el profesional, debido a su mala actitud, han respondido: "lo he hecho porque soy un enfermo mental", "tengo déficit de atención y no me puedo controlar" (Baughman y Hovey, 2007).

2.5 LA ATENCIÓN NO SOSTENIDA EN LA CULTURA ACTUAL

Una vez visto el miedo a las posibles consecuencias de tener TDAH, se va a hablar de la cultura actual, en la que predomina la atención no sostenida. Es paradójico que se diagnostique a niños y a adultos por una atención deficiente, cuando la norma general parece ser la distracción: *zapping*, uso continuo del *WhatsApp* y del móvil, búsquedas que no parecen tener fin en *google*, etc. La atención sostenida que se espera en los niños no parece ser la que predomine en la cultura actual. Según L'Ecuyer (2015) la revolución digital ha sumergido a la generación del S. XXI en un estado de continua atención parcial. Lo que supone mantenerse permanentemente ocupados, sin tiempo para la reflexión, el análisis o la toma de decisiones meditadas. De alguna manera el concepto de TDAH y la frenética sociedad actual, parecen estar unidos.

En García de Vinuesa et al. (2014) se menciona que el efecto producido por la anfetamina pivota entre una reducción del aburrimiento y un aumento de la motivación lo que favorece la focalización de la atención. Al parecer durante las tareas monótonas pueden observarse decrementos del rendimiento que pueden ser prevenidos por las drogas estimulantes. De este modo podría decirse que un niño o un adulto que atiende a sus tareas bajo los efectos del tratamiento no se encuentra en proceso de terapia sino de *dopaje*. Parece más razonable, que si uno quisiera mejorar su atención, la educase y la entrenase, al igual que hace un deportista para mejorar su condición física.

Ante la pregunta de cuál es la causa de la distracción de los niños, muchos profesionales relatan casos de su experiencia personal en los que al comenzar a hablar con los niños salen a la luz factores como: la separación de los padres, no aceptación de uno mismo, celos, complejos, etc. Estas posibles causas de distracción, se suelen pasar por alto en los centros psicológicos o psicopedagógicos que evalúan a los niños hoy en día. Ya que se les presentan a los niños baterías de test que recogen información conductual o de tipo psiconeurológica, pero que no se obtiene información sobre los porqués de las conductas de los niños. Se mide el grado de atención en ciertas tareas y se tiene muy en cuenta la opinión de padres y profesores, pero al carecer de tiempo de relación con el niño, no se profundiza en la cuestión de fondo: *niño, ¿por qué te distraes?* Por lo que lo más probable, es que tras realizar las pruebas correspondientes, se diagnostique un nuevo caso de TDAH.

2.6 ESCALAS Y MARCADORES BIOLÓGICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TDAH

A continuación se profundizará en el diagnóstico de TDAH, cómo se evalúa, las escalas de puntuación así como la existencia o no de marcadores biológicos. Aunque Barkley (2002) y los demás expertos en TDAH, hablan del mismo refiriéndose a un fallo orgánico del cerebro, en realidad no existe ninguna prueba neurológica ni médica objetiva que lo confirme. Por lo que carece de sentido realizar un examen neurológico a los niños con sospecha de TDAH por rutina.

García de Vinuesa et al. (2014) señala que desde la década de 1980 los defensores del TDAH están a punto de demostrar la prueba orgánica definitiva, pero dicha prueba no acaba de llegar. Expertos españoles en TDAH indican que se continúa hablando de “ausencia de marcadores biológicos que confirmen el diagnóstico”. Como se vio al hablar sobre la historia del TDAH, se fueron cambiando las nomenclaturas de los diferentes diagnósticos, pero se mantuvo el argumento de que la conducta inapropiada era debida a un fallo en el cerebro. Aunque no se haya demostrado este argumento resulta esencial para justificar el tratamiento farmacológico.

A pesar de carecer de pruebas médicas específicas para diagnosticar el TDAH, se emplean otras. Una de ellas se basa en los test psicopedagógicos o neuropsicológicos que debe completar el niño. Otra en las escalas de puntuación que deben llenar padres y profesores. En dichas pruebas se suelen evaluar el estado de la atención, la impulsividad en las respuestas, y aptitudes de percepción. Sin embargo Barkley (2002), recomienda a los pediatras que a la hora de evaluar se rijan por los criterios diagnósticos del DSM-IV y que obtengan la información directa de padres y profesores sobre la conducta del niño, no recomendando el uso de test neurológicos o de laboratorio como parte de la evaluación diagnóstica. La pregunta que surge al respecto es, cuál será, entonces, el test que permita diferenciar un síndrome de TDAH de una falta de atención normal.

En cuanto a las escalas de puntuación se pueden encontrar gran variedad. Se pide a los padres y profesores que contesten a una serie de ítems con respuestas tipo: *nunca, a veces, casi siempre, siempre*, sobre temas relacionados con la visión que se tiene de los niños en la vida cotidiana. La opinión de los padres se considera clave en el diagnóstico. No obstante, se ha observado que el patrón de concordancia entre diferentes observadores suele ser bajo. La razón se debe a que los padres y/o educadores pueden ser más o menos estrictos, y al comportamiento del niño en función de lo interesante que le resulte la clase. Se observa por tanto mucha subjetividad en las respuestas de las escalas de conducta. A pesar de ello se emplean de forma masiva para diagnosticar el TDAH.

2.7 EL DIAGNÓSTICO DEL TDAH SEGÚN EL DSM

Seguidamente se seguirá profundizando en el diagnóstico del TDAH según el ya mencionado, *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*, (DSM), elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Una vez vista la aproximación al TDAH que se ha realizado hasta el momento, cabe preguntarse, si el TDAH como afirma Barkley (2002), no es un problema de atención sino de motivación, y no se debe a ningún fallo orgánico ya que no existen pruebas que lo demuestren; si por otro lado existen escalas de conducta y tests psicopedagógicos que pueden aportar información, pero no sirven por sí solos para el diagnóstico, entonces la cuestión es cómo se diagnostica el TDAH. Algunos autores como Orjales (2012), apuntan que es necesario un equipo

multiprofesional que haga un diagnóstico diferencial y que lleve a cabo una valoración médica y psicopedagógica completa. Lo cierto es que el médico no puede realizar ninguna de las pruebas médicas habituales (análisis de sangre, escáneres TAC, PET o RM), ni ninguna otra prueba médica objetiva ya que no se puede detectar *visualmente* la existencia de TDAH. No parece muy razonable que dicho médico colabore con un psicólogo o pedagogo que a su vez debe pasar unos test a los niños, ya que por sí solos tampoco sirven para diagnosticar TDAH.

La forma empleada por los defensores del TDAH para diagnosticarlo, es el DSM (*Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*). Como ya se comentó, el TDAH se describió como tal por primera vez en el DSM. Se prestará especial atención a la edición DSM-IV al ser la que más ha influido en la difusión del TDAH a nivel mundial. A continuación se mencionarán algunos de los criterios que se emplean para diagnosticar el déficit de atención dada la importancia que tiene el DSM-IV (APA, 1995) en su diagnóstico:

1. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
2. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
3. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el lugar del trabajo.
5. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita, le disgustan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
7. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
9. A menudo es descuidado en las actividades diarias.

Por su parte los criterios para diagnosticar hiperactividad e impulsividad son:

Hiperactividad

1. A menudo mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento.
2. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera permanezca sentado.
3. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
4. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
5. A menudo está en marcha o parece que tenga un motor.
6. A menudo habla excesivamente.

Impulsividad

1. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
2. A menudo tiene dificultades para guardar su turno.

3. A menudo interrumpe o estorba a otros.

Llama la atención que un manual de referencia a nivel mundial para el diagnóstico de TDAH, comience cada uno de los criterios que se utilizan para diagnosticarlo con un “a menudo”, ya que supone una gran imprecisión. La pregunta que se plantea es cuánto es “a menudo”. Una persona podría interpretar tres veces al día, mientras que otras, tres veces a la hora o incluso tres veces por minuto. Cabe esperar que las respuestas a estas preguntas dependan del adulto y la tolerancia que tenga al comportamiento del niño así como de lo que consideren normal o anormal.

Que el lector juzgue por sí mismo, pero al profundizar en los criterios para diagnosticar el TDAH que plantea el DSM-IV, muchos de los comportamientos que describe son propios de la infancia. Véase a modo de ejemplo, “a menudo habla excesivamente”, “a menudo parece que tenga un motor” o “a menudo tiene dificultades para jugar tranquilamente a actividades de ocio”. Al pasar tiempo con niños, se puede comprobar que cuando algo les interesa “hablan excesivamente” y preguntan continuamente; que su naturaleza hace que tiendan a moverse mucho especialmente los niños más movidos; y que al realizar actividades de ocio no se sienten en un rincón tranquilo sino que jueguen de forma activa. Algo similar sucede con los criterios, “a menudo es descuidado en las actividades diarias”, “a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares”, “a menudo evita, le disgustan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido”. De un niño que es descuidado en sus actividades diarias, se puede deducir que ese despiste le llevará a no seguir instrucciones ni a terminar sus tareas escolares y de igual modo no le gustarán las tareas que requieren esfuerzo mental porque las hará rápido para terminar lo antes posible. Es decir que cumplir un criterio, en este caso el de ser despistado con las tareas diarias, conduce a cumplir varios criterios a la vez y de este modo, se estará muy cerca del diagnóstico de déficit de atención. De alguna manera parece que los criterios redundan sobre las mismas ideas, aunque formulados con diferentes preguntas. Incluso los defensores del TDAH como Barkley (2002) han criticado el DSM-IV, ya que las observaciones que recoge sobre el niño no parecen meticulosas. Lo cual resulta paradójico, porque a pesar de reconocer la falta de rigor científico, no impide que se divulgue la evaluación del TDAH basada en el DSM-IV como el primer instrumento diagnóstico.

Otro de los criterios esenciales para diagnosticar TDAH es la duración, según el DSM-IV (APA, 1995): los criterios sintomatológicos deben haber persistido al menos durante los últimos 6 meses. Esto significa que si los trastornos han persistido durante cinco meses y medio y después remiten no existe trastorno. García de Vinuesa et al. (2014) añade que sería lógico pensar que si el trastorno puede remitir después de cinco meses, pudiera hacerlo después de un año o de tres, como se ha observado en niños que fueron diagnosticados pero no medicados. El diagnóstico de TDAH lleva implícito el ser crónico, por lo que si a un niño se le medica por TDAH, no se podrá saber si su conducta hubiera remitido en un tiempo determinado. Siempre tendrá TDAH.

Después de leer los criterios para diagnosticar el TDAH algún padre podría pensar, que si su hijo no cumple todos los criterios no tiene este trastorno. Pero lo cierto es que en el DSM-IV se puede encontrar otro subtipo de TDAH que es el “TDAH no especificado” y que incluye los trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios del TDAH. Como apuntaron Baugman y Hovey (2007), los criterios del TDAH se hicieron lo bastante amplios para que cualquier niño problemático pueda ser calificado.

Esto es lo que se conoce como comorbilidad del TDAH, es decir, la presencia conjunta de dos o más enfermedades. Es muy común que un niño que sea diagnosticado de trastorno de ansiedad o depresión no atienda a sus actividades diarias y descuide sus obligaciones diarias durante más de seis meses, por lo que se le diagnosticará de: depresión + TDAH o depresión + TDAH tipo inatento, o ansiedad + TDAH. De igual modo niños que presenten dificultades en la lectura y que debido a ello tiendan a rechazar las tareas escolares se evaluarán por el especialista, cuyo diagnóstico, con muchas probabilidades indicará, que se está ante un fenómeno de comorbilidad: dislexia + TDAH.

Orjales (1998) indica que para poder afirmar que las conductas de un niño corresponden a un TDAH, se debe descartar que esos síntomas puedan explicarse por la existencia de otras alteraciones. Si la intensidad de los síntomas se puede atribuir a celos, por ejemplo, se estará ante un cuadro celotípico importante. Ahora bien, si la intensidad de los síntomas supera lo propio de un niño celoso y cumple con los criterios del DSM-IV, entonces se diagnosticará Déficit de Atención con Hiperactividad y además un problema de celos. Ante esta afirmación, se puede plantear la pregunta sobre qué se considera lo propio de un niño celoso.

Una vez vista la comorbilidad del TDAH no es extraño que se diga que el 80 por ciento de los niños que padecen TDAH tienen además otro trastorno psiquiátrico. García de Vinuesa et al. (2014) sugiere que sería más razonable tratar de escuchar al niño para comprenderle, conocer su entorno, cómo se siente con sus compañeros, cómo afronta el colegio, qué le motiva, qué le disgusta, qué desea, etc. Pero ello exige tiempo y escuchar con atención, algo que no parece ir acorde con la sociedad actual.

Por lo tanto al realizar el diagnóstico de TDAH por un médico u otro profesional, no se llevan a cabo pruebas médicas objetivas, sin embargo a esto se le denomina “diagnóstico clínico”, ya que el diagnóstico se basa en síntomas. Siendo estos síntomas los criterios descritos en el DSM-IV.

García de Vinuesa et al. (2014) señala que la atmósfera de trabajo para la redacción del DSM-III fue descrita por varios testigos como: dispersa, inconsistente y ambigua. Indicando muchos de ellos que no hubo razonamiento en el proceso de toma de decisiones, sino que se guiaron por las sensaciones y las impresiones, no por los hechos. Lo que llevó a convertir el comportamiento adaptativo en patologías mentales. Como resultado de dicho trabajo, el manual DSM-III salió a la luz con muchos de sus pronunciamientos contrarios entre sí.

Un altísimo número de estudios que se consideran esenciales para mostrar las diferencias entre los niños con TDAH y los “normales”, parten del diagnóstico de TDAH en base a los criterios del DSM-IV recientemente comentados. Uno de los estudios más influyentes es el *NIMH Collaborative Multisite Multimodal Treatment Study of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)*, (*Estudio de tratamiento multimodal en niños con TDAH del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos*), conocido por las siglas MTA, que trata de demostrar la eficacia de psicoestimulantes en niños con TDAH. Se considera el primer gran ensayo clínico sobre un “trastorno mental en la infancia” que duró años. Pero una observación más atenta permite comprobar que en su diseño no se incluyó un grupo control, y se emplearon los criterios del DSM-IV para determinar si un niño padecía TDAH. Resulta llamativo que el primer paso de un ensayo clínico (criterios de selección para el reclutamiento de los sujetos), no proceda de un hecho objetivo y observable por cualquiera (requisito básico para cualquier planteamiento científico) sino de los criterios del DSM-IV para el diagnóstico del TDAH. Por tanto no se seleccionó a un grupo de personas que compartiera una *patología* común, sino una clasificación (diagnóstico de TDAH) sin base científica (Baughman y Hovey, 2007). Se comentarán más adelante las implicaciones del diseño del estudio MTA.

2.8 EL PSICOESTIMULANTE MÁS CONSUMIDO PARA EL TDAH, EL METILFENIDATO

Seguidamente se profundizará en la medicación con la que se trata a los niños con TDAH. Sus características y consecuencias. El gran incremento a nivel mundial del diagnóstico de TDAH, va unido a una mayor prescripción de psicofármacos de tipo psicoestimulante. Las estadísticas indican que entre los años 2000 y 2011 el consumo estimado de metilfenidato se ha multiplicado por veinte en España mientras que en EEUU ha sido por cuatro (International Narcotics Control Board, 2012). El metilfenidato es una sustancia cuya estructura química es similar a las anfetaminas y es la más empleada mundialmente para el tratamiento del TDAH. Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, AEMPS (2009) España es uno de los países en los que la prescripción de psicoestimulantes se ha incrementado más a nivel mundial en la última década. A modo de ejemplo el gasto farmacéutico en psicoestimulantes sólo en la Comunidad de Madrid se ha multiplicado por cinco entre 2005 y 2011.

Se ha observado que en los países que emplean el manual DSM para el diagnóstico de TDAH, la población diagnosticada de TDAH es mucho mayor (hasta cuatro veces más), que en los países que emplean manuales menos conocidos como el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) o el CFTMEA (Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente). En EEUU, país en el que se desarrolló el DSM y se definió por primera vez el TDAH, el diagnóstico por Déficit de Atención e Hiperactividad en la población en edad escolar (4-17 años), es del 11 por ciento. Lo que supone un incremento del 41 por ciento en una década. En España donde se emplea

mayoritariamente el DSM para el diagnóstico del TDAH, hay un 6,8 por ciento de los niños y adolescentes diagnosticados de TDAH (Organización Mundial de la Salud, 2004).

A pesar de que el CIE y el CFTMEA se rigen por criterios más restrictivos que el DSM, los parámetros que emplean no se consideran científicos sino más bien especulativos, por lo que tampoco muestran tener validez evidente (García de Vinuesa et al., 2014).

La causa del uso de psicoestimulantes para el tratamiento del TDAH, se debe al descubrimiento casual del psiquiatra americano Charles Bradley, sobre la eficacia de las anfetaminas para la mejora del rendimiento escolar y a la vez la disminución de la conducta problemática en niños. Uno de los estudios más citados a la hora de justificar el uso de medicación para tratar el TDAH, es el ya mencionado MTA (Estudio de tratamiento multimodal) en niños con TDAH. Dicho estudio es el más completo y de mayor duración realizado y patrocinado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos. Se seleccionaron a 579 niños de entre 7 y 10 años con un diagnóstico de TDAH a los que se dividió en cuatro grupos de tratamiento durante 14 meses. Grupo uno: medicación (tratado diariamente solo con el psicoestimulante metilfenidato), grupo dos: tratamiento conductual (terapia de conducta específica), grupo tres: tratamiento combinado (medicación y terapia de conducta) y grupo cuatro: tratamiento comunitario convencional (sin tratamiento único específico aunque en su mayoría tomaban psicofármacos, incluidos metilfenidato, antidepresivos, anfetaminas, etc.) (MTA Cooperative Group, 1999).

Los resultados del estudio MTA indicaban que el uso continuado y diario de medicación psicoestimulante (metilfenidato), superaba en eficacia y de forma significativa tanto al tratamiento combinado como al tratamiento conductual o el tratamiento comunitario habitual a los 14 meses. No obstante, una vez finalizados los distintos tratamientos, en el estudio de seguimiento a los tres años de participación en el estudio MTA, todos los grupos habían mejorado en sus puntuaciones de criterios TDAH, pero sin diferencia en ninguna variable de comportamiento entre los distintos grupos de tratamiento. Por su parte, a los seis y ocho años de seguimiento, la mayoría de los participantes mantenían en la adolescencia el diagnóstico de TDAH con puntuaciones similares en sus síntomas con independencia del uso de psicofármacos, sugiriendo los autores del estudio MTA que los beneficios a largo plazo de la medicación psicoestimulante (más de dos años), eran dudosos o incluso que la medicación no sería necesaria (García de Vinuesa et al., 2014).

El estudio MTA ha recibido numerosas críticas tanto por sus defectos en el diseño experimental, como por los conflictos de intereses declarados por los autores del estudio. Muchos investigadores que participaron en el estudio declararon después, haber recibido honorarios o financiación de varias multinacionales farmacéuticas que venden psicofármacos relacionados con el TDAH en Estados Unidos como Shire, McNeil, Janssen-Ortho, UCB Pharma y Novartis. Como ya se comentó uno de los defectos en el diseño del estudio MTA fue la falta de un grupo control, es decir un grupo que no recibiera ningún tratamiento pero que tuviera diagnóstico de TDAH o un grupo placebo

(que recibiera un tratamiento sin eficacia conocida para el TDAH). Tampoco el diseño del estudio fue el habitual en los ensayos clínicos en los que se realiza a “doble ciego” (ni el investigador ni el sujeto saben el grupo experimental al que pertenecen). Tanto el diseño experimental a doble ciego como el uso de un grupo control o placebo se consideran dos pilares científicos en todos los ensayos clínicos que son exigidos por las autoridades sanitarias, ya que ayudan a demostrar la eficacia y seguridad de cualquier fármaco que se vaya a comercializar (Baughman y Hovey, 2007).

Además el grupo que solo fue medicado, recibió la medicación a diario durante los 14 meses de duración del estudio MTA, pero no así el grupo con tratamiento conductual, que finalizó meses antes del tratamiento (seis a nueve meses) o bien lo recibió con menos frecuencia (una vez al mes). El tratamiento conductual no siguió una modalidad de psicoterapia habitual sino que fue desarrollada por Russell Barkley, ampliamente mencionado por ser un defensor del TDAH. Aun así, el 75 por ciento de sujetos en el grupo de tratamiento conductual mejoraron y no necesitaron medicación a lo largo de los 14 meses. Por último, aunque en el estudio MTA inicial se afirma que hubo mejoría en los síntomas de TDAH en los grupos medicados y con tratamiento combinado a los 14 meses, no mejoraron ni en rendimiento académico, ni en habilidades sociales, ni fue observada una mejoría por ellos mismos ni por sus compañeros de clase (MTA Cooperative group, 1999).

El estudio MTA concluye que el uso de medicamentos psicoestimulantes no obtuvo el efecto beneficioso en el TDAH que se esperaba. Se observó un aumento de los síntomas del TDAH en los sujetos del grupo que recibieron la medicación entre los 2 y 3 años de seguimiento, en comparación con el grupo que no la recibió. A su vez se observó que con el uso de metilfenidato lejos de mejorar, se obtenían peores resultados en la valoración del TDAH, del trastorno negativista desafiante, así como una alteración funcional global del comportamiento a los ocho años de seguimiento (García de Vinuesa et al., 2014).

Por su parte la ya mencionada Guía de Práctica Clínica (GPC) del Sistema Nacional de Salud español se basa en los resultados del estudio MTA, y concluye que el metilfenidato es efectivo a largo plazo (12 a 24 meses) y recomienda su uso para los casos de TDAH “moderado a grave” (GPC, 2010). La GPC también ha recibido abundantes críticas por conflicto de interés, debido a la ausencia de representación igualitaria de profesionales del Sistema Nacional de Salud, ya que fue aprobada solo por profesionales catalanes. El 70 por ciento de los participantes en la elaboración de la guía declararon conflictos de interés con empresas farmacéuticas. Las empresas farmacéuticas que dieron apoyo financiero a la mayoría de los autores de la GPC, comercializan psicofármacos usados para el tratamiento del TDAH. Janssen-Cilag, Juste y Rubió comercializan metilfenidato y Eli Lilly (Lilly) vende la atomoxetina, psicofármaco usado para el tratamiento alternativo al metilfenidato. A su vez gran parte de las referencias bibliográficas empleadas en la GPC son de Joseph Biederman, conocido por ser un polémico e influyente psiquiatra americano, defensor de la psicofarmacología pediátrica que ha sido investigado por el senado estadounidense

por no justificar el ingreso de 1,6 millones de dólares provenientes de varias compañías farmacéuticas fabricantes de psicofármacos.

Ante lo expuesto, surge preguntarse por qué se sigue recomendando por pediatras y psiquiatras una medicación que solo parece ser eficaz a corto plazo en algunos niños diagnosticados de TDAH o incluso perjudicial. Parece que parte de la respuesta reside en el descubrimiento casual de los fármacos y drogas psicoestimulantes, junto con las vicisitudes sociales y políticas que acompañaron a su descubrimiento.

Como se ha mencionado, desde que el psiquiatra Bradley observara en 1937, cambios significativos en la conducta de los niños frente a las actividades escolares al tomar anfetaminas (incrementando el interés en las tareas escolares, mejorando los hábitos de trabajo y reduciendo significativamente la conducta problemática escolar), se han realizado diferentes estudios buscando estimulantes que no crearan adicción como las anfetaminas. Bradley comentó que resultaba paradójico que un fármaco conocido por sus efectos estimulantes pudiese producir una conducta sumisa o apagada en los niños agresivos, irritables o ruidosos sin afectar su nivel de atención. Posteriormente se ha demostrado que el efecto *apaciguador* de estos fármacos se da también en los niños sin este diagnóstico (Baughman y Hovey, 2007).

De todos los estudios realizados el más influyente para el futuro desarrollo de TDAH y su tratamiento farmacológico fue el que realizó el psiquiatra Leon Eisenberg en 1968. Logró que se incluyera por primera vez en el DSM-II la “reacción hiperactiva de la infancia” que en sucesivas ediciones se integró en el TDAH. En los ensayos clínicos que realizó observó la eficacia de las anfetaminas y después del metilfenidato en la impulsividad e hiperactividad infantil. El uso del metilfenidato para el diagnóstico de hiperactividad se extendió tanto por Estados Unidos que en 1995, más de 2,6 millones de niños eran tratados con fármacos psicoestimulantes (metilfenidato y anfetaminas). El propio Eisenberg sobrevalorado por las proporciones casi epidémicas del TDAH y del uso de psicoestimulantes, escribió dos artículos antes de fallecer en los que expresó que el TDAH era un claro ejemplo de enfermedad fabricada, en la que la predisposición genética se había sobrevalorado. Por el contrario los psiquiatras infantiles deberían determinar más detalladamente las razones psicosociales que pueden llevar a un trastorno de conducta. Sugirió que hacerse preguntas como si hay peleas con los padres, si están separados o si hay problemas en la familia, son necesarias, pero llevan mucho tiempo, sin embargo, una pastilla se receta muy rápidamente. Llegó incluso a preguntarse si los psiquiatras infantiles y los pediatras se habían convertido en carpinteros con martillos que veían todos los problemas como clavos. Es llamativo que uno de los psiquiatras más importantes en el desarrollo del TDAH hiciera semejantes afirmaciones al comprobar el sorprendente aumento del TDAH (García de Vinuesa et al., 2014).

2.9 RIESGOS DE LOS PSICOFÁRMACOS EMPLEADOS PARA TRATAR EL TDAH

Se hablará seguidamente de los riesgos de los psicofármacos utilizados para tratar el TDAH. Los fármacos que se emplean para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes se consideran agentes *simpaticomiméticos de acción central* por las guías farmacológicas médicas como el *Vademecum*. Fernández y Bernal (2012) explican que los efectos que produce la activación del sistema nervioso simpático, implicado en la activación general del organismo, incluyen sobre todo la estimulación del sistema cardiovascular (hipertensión por estrechamiento del diámetro de los vasos sanguíneos, taquicardia por aumento de la frecuencia y contracción de los músculos del corazón), disminución de la actividad del sistema digestivo (inhibición de movimientos intestinales), sudoración y aumento de la temperatura corporal por incremento del metabolismo energético y dilatación de los bronquios favoreciendo la oxigenación de la sangre.

Por su parte, las sustancias simpaticomiméticas que actúan sobre el cerebro producen insomnio, pérdida de apetito, sensación subjetiva de aumento de energía o disminución de la fatiga, ansiedad y excitación o activación psíquica, junto con la alteración del sistema endocrino y nervioso central.

El insomnio es tan común en los niños que reciben medicación para el TDAH que Barkley explica que:

Casi la mitad de los niños que toman esta medicación puede experimentar dificultades para dormir. Muchos tardan en dormirse una hora o más después de meterse en la cama. Si esto es un problema para su hijo, coméntelo con su médico para que pueda bajarle la medicación (Barkley, 2002, p.302).

De hecho, es habitual que los padres salgan de la consulta del psiquiatra con dos recetas, la del psicoestimulante y la del antipsicótico, para neutralizar con el segundo psicofármaco los efectos indeseables del primero, como el insomnio.

Por su parte, la adrenalina y noradrenalina, dos hormonas que se liberan a la sangre por las glándulas suprarrenales, producen la estimulación del sistema nervioso simpático. La adrenalina, pero sobre todo la noradrenalina se encuentran también en el sistema nervioso central (SNC), donde funcionan como neurotransmisores que las neuronas utilizan para comunicarse entre sí. Los fármacos simpaticomiméticos empleados para tratar el TDAH favorecen la función de la adrenalina y la noradrenalina en el SNC y algunos actúan sobre el sistema nervioso simpático (Fernández y Bernal, 2012).

El fármaco simpaticomimético central más empleado para el TDAH es metilfenidato, aunque también se usan las anfetaminas y la atomoxetina. En España el metilfenidato se comercializa como fármaco genérico (Laboratorios Sandoz) y en diferentes presentaciones comerciales que se diferencian entre sí por su forma de liberación inmediata o retardada, como Rubifén (Laboratorios

Rubió), Concerta (Janssen-Cilag), Medikinet/ Medicebran (Laboratorios Juste) y Equasym (ShirePharmaceuticals). La atomoxetina se comercializa como Straterra (Eli Lilly) (AEMPS, 2009). El metilfenidato y las anfetaminas se consideran *sustancias psicotrópicas o psicótropos*, lo que supone que tienen potencial de abuso o riesgo de drogodependencia, por lo que su dispensación y prescripción están controlados (Real Decreto 2829/1977).

A pesar de que los fármacos psicoestimulantes tengan potencial de abuso, como ya se ha comentado anteriormente, se prescriben cada vez más a niños y adolescentes (Baughman y Hovey, 2007). Lo cierto es que se conoce poco de los mecanismos de acción del metilfenidato, se sabe que es una sustancia cuya estructura es similar a las anfetaminas, con un mecanismo de acción en el cerebro muy similar a la cocaína. Dificulta la reabsorción por las neuronas de los neurotransmisores noradrenalina y dopamina, lo que supone un aumento a corto plazo de ambas hormonas, que producen un incremento en la motivación, el movimiento, el razonamiento, la atención, el estado anímico, etc. A diferencia de la cocaína, la duración de los efectos del metilfenidato es mayor y no impide la absorción del neurotransmisor serotonina (Fernández y Bernal, 2012).

En relación a los efectos secundarios del metilfenidato se han descrito de mayor a menor incidencia los siguientes: muy frecuentemente pérdida de apetito y disminución de peso, insomnio, trastornos del estado anímico (irritabilidad, ansiedad y cambios de humor), problemas gastrointestinales (dolor de estómago, náuseas) y dolor de cabeza. Otros efectos menos frecuentes incluyen tics nerviosos, retraso en el crecimiento, alucinaciones y brotes psicóticos. Algunos de los efectos secundarios del metilfenidato son tan graves, que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) informó en 2009 a los profesionales sanitarios de las nuevas condiciones de uso de los medicamentos que contienen metilfenidato después de evaluar la relación riesgo-beneficio realizada por la Agencia Europea del Medicamento (EMA). Se asoció el tratamiento con metilfenidato a riesgos cardiovasculares (hipertensión, aumento de la frecuencia cardíaca, arritmias), enfermedades cerebrovasculares (migraña, ictus), trastornos psiquiátricos y otros posibles efectos a largo plazo.

A pesar de ello, la AEMPS (2009), sugiere que se mantiene la relación riesgo-beneficio siempre que se supervise escrupulosamente el tratamiento con fármacos del TDAH por médicos especialistas, llevando a cabo un examen cardiovascular previo y un examen psiquiátrico inicial y periódico. Se debe evaluar también la necesidad de seguir con el tratamiento como mínimo una vez al año, siendo preciso vigilar el peso y la altura de los pacientes en tratamiento.

En Estados Unidos se ha obligado a incluir en el prospecto de la atomoxetina (Straterra) una advertencia destacada en la que se informa sobre el aumento del riesgo de las ideas de suicidio en niños y adolescentes (FDA, 2009).

De igual modo que se sabe poco sobre el funcionamiento interno de los psicoestimulantes para tratar el TDAH, se desconoce el efecto a largo plazo de los fármacos para el TDAH. Según García de Vinuesa et al. (2014) la eficacia a corto plazo de los tratamientos farmacológicos sobre el TDAH, valorada como disminución de síntomas del TDAH, se ha estimado en torno al 70 por ciento de niños y adolescentes. Sin embargo como se ha comentado previamente, los efectos de los psicoestimulantes son idénticos en niños diagnosticados con TDAH o sin este diagnóstico. En las primeras revisiones de estudios sobre el efecto de estos psicoestimulantes en el rendimiento académico de niños hiperactivos, se observó que estos medicamentos reducían el exceso de actividad, la agitación y distractibilidad y aumentaban la duración de la atención y la concentración reduciendo la impulsividad para responder a varias tareas.

Pero en estudios realizados a largo plazo, de más de un año de duración, los psicoestimulantes tenían poco impacto en el rendimiento académico de esos niños. Hoy en día existe evidencia de que los niños y adolescentes diagnosticados con TDAH tienen un mal rendimiento académico y obtienen pobres resultados en el ámbito educativo. Se podría decir que el uso de psicoestimulantes suele producir mejoría a corto plazo en la “mala conducta” de niños especialmente “movidos” para padres y profesores, ya que los niños medicados para el TDAH obedecen y alteran menos la clase, lo que supone mejores valoraciones de los síntomas de TDAH por padres y profesores (Baughman y Hovey, 2007).

No se conocen los efectos a largo plazo de la eficacia de la medicación para el TDAH porque no existen investigaciones, realizadas con rigor científico, que muestren los beneficios, perjuicios o ausencia de efecto. Según García de Vinuesa et al. (2014), algunos estudios parecen indicar que se ha modificado la anatomía cerebral en niños menores de 6 años, que han sido medicados para el TDAH. Estos datos resultan inquietantes, porque además, se sabe que en adultos el consumo de drogas produce daños en el cerebro al tratarse de sustancias neurotóxicas. Se ha observado que el metilfenidato causa a largo plazo cambios adaptativos en el cerebro, similares a los que producen drogas como las anfetaminas y la cocaína lo que supone alteraciones en la regulación de la actividad de diversos genes implicados en la adicción a drogas y la conducta motivada en general.

Por tanto parece que el uso de fármacos en personas diagnosticadas con TDAH produce efectos beneficiosos limitados (entendiendo por tales una disminución de la conducta *problemática*). Pero al no ser duraderos los efectos de la medicación para el TDAH, parece que los riesgos superen a los beneficios.

2.10 HIPÓTESIS SOBRE EL COMPONENTE GENÉTICO DEL TDAH

Se abordará a continuación la hipótesis del componente genético como posible causa del TDAH ya que es defendida por algunos autores. Hasta ahora no se ha mencionado a la prestigiosa guía de Práctica Clínica británica del NICE (National Institute for Health and Care Excellence, Instituto

Nacional para la Salud y la Excelencia) empleada fundamentalmente en Reino Unido. Dicha guía se considera mucho más consecuente con las evidencias científicas y clínicas actuales. Las guías de práctica clínica del NICE son muy influyentes a nivel mundial en el campo de la medicina y se consideran el estándar de referencia de la práctica médica por la calidad de sus recomendaciones basadas en análisis rigurosos e imparciales de evidencias clínicas.

Sobre el TDAH la guía del NICE apunta que las definiciones del TDAH están basadas en altos niveles desadaptativos de impulsividad, hiperactividad e inatención, y que dichas definiciones están basadas en observaciones acerca de cómo se comportan los niños. Y continúa diciendo que el trastorno se sigue definiendo a nivel conductual y su presencia no implica una enfermedad neurológica; el diagnóstico de TDAH no implica una causa médica o neurológica. Los factores genéticos no son suficientes ni necesarios para causar el TDAH, en todo caso podrían contribuir mínimamente al riesgo para su desarrollo, serían más bien multitud de factores ambientales o familiares (NICE, 2005).

También en la guía NICE (2005) se señala que no hay consistencia en los resultados de los estudios de neuroimagen sobre el TDAH, que muestran aparentes anomalías en muchas zonas cerebrales pero con escasa replicación de estos hallazgos entre diferentes estudios. En García de Vinuesa et al. (2014) se citan algunos estudios actuales que indican que no se ha encontrado un único factor de riesgo relacionado con el diagnóstico de TDAH, y los “riesgos genéticos” implicados en el TDAH son pequeños. Las pruebas genéticas por tanto, no pueden ser utilizadas ni para valorar los riesgos ni su diagnóstico.

Aunque predomine la perspectiva biológica a la hora de diagnosticar y entender el TDAH, existe división de opiniones entre los profesionales sanitarios, como muestra el informe publicado por el gobierno del País Vasco (Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas, 2009). En dicho informe realizado por psiquiatras españoles, se analizó la independencia de la industria farmacéutica y las recomendaciones de seis guías de práctica clínica sobre TDAH de los siguientes países: Estados Unidos, Escocia, Nueva Zelanda, Canadá y Reino Unido. Se llegó a la conclusión de que existe gran divergencia entre las diferentes guías sobre la concepción del TDAH y sus causas. Mientras unas lo consideran un “trastorno del desarrollo neuropsiquiátrico”, otras como “discapacidad educacional basada biológicamente” o como “condición psiquiátrica neurobiológica” y en la guía NICE como “síndrome comportamental heterogéneo”.

Tampoco existe acuerdo en cuanto al origen del TDAH entre las guías clínicas de los diferentes países. En algunas se habla de un origen fundamentalmente genético y neurobiológico, mientras que otras inciden en la incertidumbre existente y mencionan la importancia de otros factores. Ante tanta discordancia el informe concluye que a pesar de los numerosos trabajos de investigación desarrollados, no se observa un acuerdo entre los investigadores sobre el TDAH. Por su parte la

diversidad de opiniones e intereses existentes sobre el TDAH no están ayudando a determinar el método más indicado para afrontarlo.

García de Vinuesa et al. (2014) informa que hoy en día uno de los argumentos que se emplea para justificar el diagnóstico de TDAH es que presenta un elevado componente hereditario. Esto es debido a que los patrones de comportamiento en los que se basa el diagnóstico de TDAH, así como de la mayoría de comportamientos humanos, tienden a presentarse en las familias. Pero se ha visto que el hecho de que los miembros de una misma familia sean diagnosticados de TDAH no significa que el TDAH tenga un componente genético. Se debe considerar que las familias no sólo comparten genes, sino también otros factores ambientales como las pautas educativas, la alimentación, el clima familiar, etc.

Sin embargo, según Barkley (2002) los estudios de gemelos representan la evidencia más profunda de que la genética puede contribuir al TDAH, porque la mayoría de estudios demuestran mayor concordancia para el diagnóstico de TDAH en gemelos monocigóticos que en dicigóticos, esto significaría que los genes influirían entre un 60 y 90 por ciento del TDAH. Pero los estudios genéticos no han mostrado la existencia de alguna variante genética asociada con el diagnóstico de TDAH. A pesar de las afirmaciones sobre el alto componente familiar del TDAH, las bases genéticas del diagnóstico de este trastorno no se han demostrado, por lo que actualmente no es posible evaluar el componente genético.

Por otra parte, las técnicas de imagen cerebral (o neuroimagen), se han aplicado para detectar posibles anomalías en la estructura o función cerebral en el TDAH. Pero a pesar de los numerosos resultados publicados utilizando estas técnicas, tampoco la neuroimagen permite diagnosticar el TDAH ni ningún otro trastorno mental. Según APA (2013) la neuroimagen no desempeña aún un papel diagnóstico para ninguno de los trastornos psiquiátricos.

Para finalizar, según Lasa-Zulueta y Jonquera-Cuevas (2009), a pesar de los abundantes estudios e investigaciones sobre la supuesta base neurobiológica y genética del diagnóstico de TDAH, la literatura científica actual no puede demostrar la supuesta naturaleza neuroconductual o neurobiológica de este diagnóstico. Por lo que la consideración del TDAH como enfermedad o trastorno del neurodesarrollo o del cerebro, no es sostenible.

3. CONCLUSIONES

En este apartado se intentará demostrar cómo se han conseguido alcanzar los objetivos planteados al principio del presente trabajo. Con el objetivo general se pretendía contribuir, mediante una revisión bibliográfica, a la reflexión sobre el creciente diagnóstico de TDAH en España y otros lugares del mundo, así como a la falta de consenso entre los científicos respecto a qué es el TDAH y

a la decisión de medicar o no a niños diagnosticados de TDAH (considerando sus efectos adversos) al no haberse hallado evidencias de su existencia.

Según se ha venido mencionando, la terapia farmacológica actual para tratar la enfermedad mental, como se clasifica al TDAH, se basa en el modelo biológico aplicado a la salud mental. Es decir, que los trastornos mentales se deben a desequilibrios de ciertos neurotransmisores cerebrales, por lo que su tratamiento consiste en administrar psicofármacos que corrijan dichos desequilibrios. Como se observó en la revisión sobre el origen del TDAH, desde la década de los años 50 coincidiendo con la introducción de los primeros psicofármacos, se ha observado un continuo aumento del número de diagnósticos de trastornos mentales. La sociedad parece haber aceptado sin oposición alguna el consumo de psicofármacos que pongan *remedio* a su salud mental. Frente a esta posición ampliamente extendida, un grupo de investigadores a nivel internacional se ha planteado analizar las premisas sobre las que se fundamenta el concepto actual de enfermedad mental, lo que ha generado la existencia de dos corrientes, los que están a favor de enfermedades mentales como el TDAH y los que consideran que no hay evidencias suficientes para mostrar su existencia.

Las cuestiones que se plantean el grupo de investigadores críticos con la visión del TDAH como enfermedad mental, tienen que ver con la eficacia o no de los psicofármacos, con las consecuencias que puede tener un elevado consumo de los mismos en el organismo, así como los posibles intereses de la industria farmacéutica en este vertiginoso incremento de las enfermedades mentales. Como se comentó anteriormente, se ha demostrado la existencia de graves conflictos de intereses entre muchos de los expertos que elaboran el DSM con las industrias farmacéuticas, así como las dudas sobre la eficacia de muchos ensayos clínicos, subvencionados en su inmensa mayoría por las propias industrias farmacéuticas.

A pesar de las numerosas investigaciones realizadas en las últimas décadas, como el estudio MTA ampliamente comentado en este trabajo, no se han encontrado resultados que evidencien que la teoría del desequilibrio químico para explicar las enfermedades mentales, se sostenga. El uso de psicofármacos como el metilfenidato para tratar el TDAH no ha demostrado tener validez a largo plazo y sin embargo presenta numerosos efectos adversos, como son: pérdida de apetito y disminución de peso, insomnio, trastornos del estado anímico (irritabilidad, ansiedad y cambios de humor), problemas gastrointestinales (dolor de estómago, náuseas), dolor de cabeza, tics nerviosos, retraso en el crecimiento, alucinaciones y brotes psicóticos.

Tampoco los estudios basados en la técnica de neuroimagen en pacientes con trastorno mental en tratamiento farmacológico, han demostrado la existencia del trastorno, parece que el consumo de psicofármacos puede producir un daño irreparable en el cerebro provocando la atrofia cerebral. El componente genético, defendido por algunos investigadores como la posible causa del trastorno de

TDAH, tampoco se sostiene, ya que no se ha podido establecer una relación causa-efecto directa, se cree que influyen muchos más factores además del genético.

Se planteó como objetivo específico el tratar de concienciar a la sociedad sobre los riesgos que conlleva el medicar a niños diagnosticados de TDAH con psicofármacos, ya que son sustancias con potencial de abuso y riesgo de drogadicción de las que no se ha demostrado su eficacia. Tal y como se ha comentado previamente, tras analizar las consecuencias del consumo de psicofármacos, cuyo mecanismo de acción consiste en aumentar el nivel de serotonina en el cerebro sobre otros procesos biológicos en los que también participa este neurotransmisor, se ha observado que no compensan los supuestos beneficios que puedan tener. Como se ha venido subrayando, algunos estudios realizados han concluido que los psicofármacos no son solo ineficaces sino perjudiciales, como mostraron los resultados del estudio MTA a largo plazo. La mejoría a corto plazo en los síntomas del TDAH, como la disminución de la conducta problemática, no justifica su uso, ya que a largo plazo los efectos favorables se diluyen en el tiempo, no se observa mejoría en el rendimiento escolar y aunque sus efectos sobre el desarrollo cerebral no se conocen bien, sí se sabe que en adultos que consumen durante largo tiempo psicoestimulantes, se puede producir un cambio en la estructura y función cerebral.

Por su parte se propuso también el objetivo de profundizar en los problemas de la vida de los niños, mediante la escucha y la atención por parte de padres, maestros y especialistas, evitando diagnósticos que no van a la raíz de la conducta problemática. A lo largo del presente trabajo, se ha hablado en varias ocasiones de la necesidad de dar un giro en la atención que se presta a la salud mental, que tiende a abordarse como resultante de desequilibrios químicos, por lo que se acaba tratando con medicamentos que buscan remediar esas alteraciones. Pero se pasa por alto la importancia vital de dedicar tiempo al niño y de intentar buscar junto a él, las causas de la conducta de desatención, impulsividad o hiperactividad, sin dejarse condicionar por la descripción que hacen los adultos que están al cuidado de ese niño.

La tendencia a realizar el diagnóstico de TDAH según el DSM-IV, como se ha comentado previamente, no está exenta de subjetividad y resulta imprecisa. Difícilmente se puede hacer un diagnóstico fiable comenzando cada ítem con un “a menudo”. La comorbilidad del TDAH es una muestra de esta falta de atención a la problemática del niño, si un niño se distrae y además presenta otra casuística como estar deprimido, se le diagnosticará de TDAH + depresión, en lugar de indagar en las causas de su conducta. Quizá nadie se ha planteado que ese niño puede estar sufriendo por motivos diferentes a un trastorno neurológico.

Finalmente se planteó el objetivo de fomentar una actitud crítica a la vez que cautelosa ante la tendencia con la que se están “medicalizando” los problemas de la infancia. Como se ha comentado, muchos profesionales han comprobado que se tiende a medicar a los niños por problemas escolares que se deben a su vez a sucesos que han tenido un gran impacto en sus vidas

como el divorcio de sus padres, celos, niños adoptados con un pasado traumático, etc. En ninguno de estos casos parece muy razonable pensar que su conducta se deba a desequilibrios bioquímicos, sería más lógico realizar terapias psicológicas adecuadas a las necesidades de cada niño. De este modo cada niño recibiría un trato personalizado, del que tanto se oye hablar actualmente. Las terapias psicológicas y las cognitivo-conductuales para el tratamiento de ansiedad y depresión, han demostrado su eficacia así como un considerable ahorro en fármacos. Además no presentan efectos secundarios ni riesgo para la salud, por lo que su implementación sería conveniente. Intentar solucionar los problemas con rapidez, administrando un fármaco, no parece ser la solución más conveniente para los niños.

4. LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS

A la hora de realizar este trabajo se han encontrado diferentes limitaciones, siendo una de ellas la cantidad de información disponible respecto al TDAH. Al ser un trastorno en auge, se han publicado muchos estudios, artículos, libros, entrevistas, etc., sobre el mismo. No toda la información publicada presenta rigor científico y se encuentra en fuentes fiables. Por otro lado, al existir dos corrientes, una a favor y otra en contra del TDAH, ha sido preciso seleccionar adecuadamente la documentación y valorar los diferentes argumentos. Se han observado muchas contradicciones en la información manejada como puede comprobarse a lo largo del trabajo.

A pesar de que se dice que el TDAH está muy investigado, en muchas ocasiones la información que se aporta en los estudios se repite, ya que unos se basan en otros, y la mayoría de ellos emplean al DSM como la herramienta fundamental para diagnosticar el TDAH.

No se han encontrado demasiados datos sobre los efectos a largo plazo del metilfenidato, ni sobre su funcionamiento interno porque al parecer no se han realizado estudios científicos concluyentes, debido a ello, no se ha podido profundizar en este tema lo que hubiera sido deseable.

En cuanto a las prospectivas, tras la revisión bibliográfica realizada, parece claro que hay falta de rigor en el diagnóstico de TDAH y un excesivo uso de fármacos para tratarlo. De cara al futuro y vista la falta de eficacia de los psicofármacos, sería conveniente trabajar en la línea de potenciar las terapias psicológicas y cognitivo-conductuales para tratar a cada niño según sus necesidades. De igual modo que se busca una educación personalizada, se debería poner en práctica una atención personalizada, que parte de preguntas básicas sobre cómo ha sido el desarrollo del niño, cómo es su entorno familiar y escolar, la alimentación que lleva, qué le preocupa, etc. Es cierto que ni la presión de la industria farmacéutica, ni las campañas publicitarias de los medios (como las que se realizan en Estados Unidos) ayudan, pero está en juego tratar a niños con medicamentos de los que se sabe que tienen muchos efectos adversos y pocos o ningún beneficio.

Además el gasto sanitario debido al consumo de psicofármacos está en continuo ascenso, por lo que otro de los grandes beneficiados en el uso de terapias no farmacológicas, serían las administraciones públicas.

Por su parte, se debería seguir investigando en los efectos que genera el consumo de psicofármacos a largo plazo para tener más evidencias de su comportamiento en el tiempo.

Sería deseable que se dé un debate extenso y profundo entre la comunidad científica sobre la tendencia a medicar en exceso los problemas cotidianos, así como el concepto de trastorno mental. La educación es en general más complicada de lo que parece, es deber de padres y maestros ayudar a sus hijos y alumnos a crecer en libertad en lugar de convertirles en adictos a medicamentos.

Finalmente, se espera que este trabajo pueda contribuir en el mundo educativo y en concreto en los maestros, a prestar mayor atención a los niños que presentan conductas *inquietas, disruptivas o hiperactivas*. Como se ha visto, detrás de ese comportamiento en muchas ocasiones incómodo para el profesor, existe una problemática que hace sufrir al niño. Sería de gran ayuda para estos niños que el maestro mostrase una actitud atenta y abierta hacia ellos, para intentar comprender entre la familia, especialistas y escuela qué es lo que le sucede a ese niño, contribuyendo entre todos al mejor desarrollo posible de cada niño y evitando en muchos casos, una medicación que no parece resolver el problema sino agravarlo.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AEMPS. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2009). *Metilfenidato (Concerta/Medikineet/Rubifen):Actualización de las condiciones de uso.*
- Ajuriaguerra, J. (1977). *Manual de psiquiatría infantil (4^a edición).* Barcelona: Toray-Masson.
- APA. Asociación Psiquiátrica Americana.(1983). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III.* Barcelona: Elsevier Masson.
- APA. Asociación Psiquiátrica Americana.(1988). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III-R.* Barcelona: Elsevier Masson.
- APA. Asociación Psiquiátrica Americana.(1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV.* Barcelona: Elsevier Masson.
- APA. Asociación Psiquiátrica Americana.(2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR.* Barcelona: Elsevier Masson.
- APA. Asociación Psiquiátrica Americana.(2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5.* Arlinton, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barkley, R. A. (1998). El desorden de hiperactividad y déficit de atención. *Investigación y Ciencia,* 266, 48-53.
- Barkley, R. A. (2002). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales (3.^a ed.).* Barcelona: Paidós Ibérica.
- Baughman, F., & Hovey, C. (2007). *El fraude del TDAH. Cómo la psiquiatría convierte en "pacientes" a niños normales.* Victoria BC: Trafford Publishing.
- De Vicente, A., Berdullas, S., & Castilla, C. (2012). Se cuestiona el modelo biológico en salud mental. *INFOCOP(57),* 3-7.
- Fernández, E., & Bernal, N. (2012). Efectos indeseados menos conocidos del metilfenidato. *XVI Curso Internacional de actualización en neuropediatria y neuropsicología infantil.* Valencia.
- FDA. Food and Drug Administration. (2009). *Strattera (atomoxetine hydrochloride) 10 mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg.* Recuperado el 2 de julio de 2015 de <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm107912.htm>
- García de Vinuesa, F., González, H., & Pérez, M. (2014). *Volviendo a la normalidad.* Madrid: Alianza Editorial.
- GPC (2010). *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes.* Plan de calidad para el sistema nacional de salud del ministerio de sanidad, política social e igualdad.
- Graell, M. (2013). *Todo sobre el TDAH. Guía para la vida diaria, avances y mejoras como labor de equipo.* Tarragona: Publicaciones Altaria.

International Narcotics Control Board (2012). *Psychotropic Substances Report E/INCB/2012/3*, Nueva York: United Nations Publications.

Lasa-Zulueta, A., & Jorquerá-Cuevas, C. (2009). *Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Agencia de Evaluación de Tecnologías sanitarias del País Vasco.

L'Ecuyer, C. (2015). *Educar en la realidad*. Barcelona: Plataforma Editorial.

MTA Cooperative Group (1999). *Fourteen month randomized clinical trial of treatment strategies for children with attention deficit hyperactivity disorder*. Archives of General Psychiatry, 56: 1073-108.

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. (2005). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. Recuperado el 10 de julio de 2015 de <http://www.nice.org.uk/guidance/CG72>.

OMS. Organización Mundial de la Salud (2004). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Madrid: Meditor.

Orjales, I. (1998). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.

Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, prescripción y dispensación. Boletín Oficial del Estado, 274, de 16 de noviembre de 1977.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Amstrong, T. (2008). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad ADD/ADHD. Estrategias en el aula.* Buenos Aires: Paidós.
- Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (2008). *Protocolos 2008.*
- INS. Institutos Nacionales de Salud (2006). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Toxicomanías*(48), 21-31.
- Moreno, I. (2005). *El niño hiperactivo.* Madrid: Pirámide.