

Si un tema suscita debate en el mundo de la educación es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). ¿Es un trastorno neurobiológico? ¿Está sobrediagnosticado? ¿Los fármacos son una opción? ¿Qué tipo de intervención puede ayudar a estos niños, niñas y jóvenes?

Este es un Tema del Mes especial, porque en él abrimos una ventana al debate. E intentamos dar respuesta a estas y otras cuestiones pero desde posturas distintas. Más que distintas, confrontadas. Que empiece, pues, el debate.

COORDINACIÓN:

Heike Freire
Periodista.

M.^a Carmen García Miraz
Psicopedagoga.

TEMA DEL MES

TDAH: ¿EXISTE?



JO COMUNICACIÓ

EL PELIGRO DE MEDICALIZAR AÚN MÁS LAS RELACIONES CON LOS NIÑOS

En el estado actual de nuestros conocimientos, podemos pensar que el así llamado TDAH es un síndrome o agrupación de comportamientos del niño —o del adulto— medicalizadamente sesgado. El resultado es que se tiende a ver ese conjunto de comportamientos no como una forma de relación sino como una enfermedad y, por tanto, como una entidad nosográfica que debe tratarse fundamentalmente con fármacos.

Jorge L. Tizón

Psiquiatra y neurólogo, psicólogo y psicoanalista. Fundador y exdirector del Equipo Piloto en Salud Mental Comunitaria Unidad de Salud Mental La Verneda, La Pau y La Mina, y del Equipo de Prevención en Salud Mental – EAPP (Equipo de Atención Precoz a los Pacientes en Riesgo de Psicosis). Profesor del Instituto Universitario de Salud Mental-FVB, Universitat Ramon Llull (Barcelona).

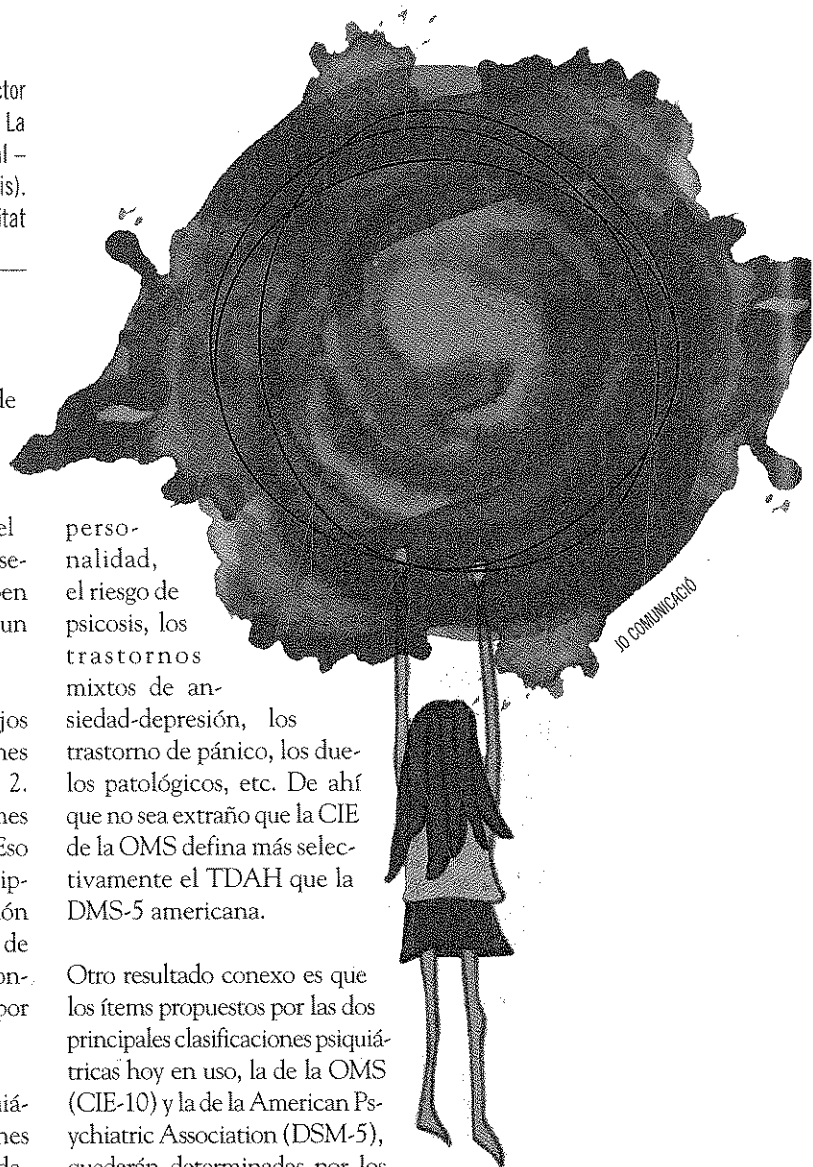
El trastorno por déficit de atención o trastorno de la actividad y la atención aparece en las clasificaciones de la OMS (CIE-10) como un trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia, del grupo de los trastornos hiperkinéticos. Se define por una serie de manifestaciones conductuales de un niño, que deben incluir: a) el déficit de atención; b) la hiperactividad, y c) un grado inapropiado de impulsividad.

Para enfocar un tema así, ya recordé en uno de mis trabajos anteriores que no hemos de olvidar que las clasificaciones psiquiátricas actuales: 1. son clasificaciones de consenso, 2. entre especialistas escogidos (?), 3. acerca de los síndromes o cuadros conductuales manifestados por los pacientes. Eso quiere decir que su base no es etiológica, causal, sino descriptiva: esas clasificaciones no definen los cuadros en función de una etiología, ni siquiera orgánica, sino en función de agrupaciones sindrómicas sobre las cuales existe cierto consenso, más o menos apoyado por los estudios empíricos y por esos especialistas.

Un resultado de esa base teórica de las clasificaciones psiquiátricas es lo discutible y variable de los cuadros y aplicaciones que modernamente se han incluido en ellas: el TDAH, determinados cuadros de ansiedad, la fobia social, determinados cuadros depresivos, las agrupaciones de los trastornos de la

personalidad, el riesgo de psicosis, los trastornos mixtos de ansiedad-depresión, los trastorno de pánico, los duelos patológicos, etc. De ahí que no sea extraño que la CIE de la OMS defina más selectivamente el TDAH que la DMS-5 americana.

Otro resultado conexo es que los ítems propuestos por las dos principales clasificaciones psiquiátricas hoy en uso, la de la OMS (CIE-10) y la de la American Psychiatric Association (DSM-5), quedarán determinadas por los expertos y grupos de expertos que participan en el consenso. ¿Alguien tiene alguna duda de que, cada



vez más, los consensuadores son escogidos por mostrarse favorables a la psicofarmacologización de la vida cotidiana? De ahí la aparición de los nuevos diagnósticos que podríamos llamar “farmacológicamente *ad hoc*” que acabamos de referir.

Y eso no significa que no existan niños hiperactivos y con trastornos de la atención. Como es cierto que, si el diagnóstico no se hace de forma excesivamente sesgada, el uso de los fármacos indicados produce mejorías sintomáticas durante meses o años tanto al niño como a los padres y al maestro: esos fármacos, como siempre ha resultado con las anfetaminas, mejoran la capacidad de atención y concentración. Su retirada se nota, ¡vaya si se nota! Cualquier maestro o profesor experimentado nota perfectamente si Juan o Raúl, en tratamiento crónico con psicoestimulantes, ha tomado o no la pastillita hoy. Y no digamos si, como es frecuente en determinados centros, en su aula, además de tener 25 alumnos de varias etnias y culturas, dos o tres son muy movidos (estén o no diagnosticados de TDAH), y uno o dos más han sido diagnosticados de trastornos aún más graves: trastornos del espectro autístico, trastornos generalizados del desarrollo, etc. Un cierto tipo de problema existe, y un cierto tipo de ayuda hay que dar a esos padres y a esos maestros. Y ahí entramos en el ámbito de la pragmática, posiblemente el meollo de la cuestión.

Porque, en la práctica, se trata pues de un cuadro, síntoma o síndrome sujeto a controversia a todos los niveles. Pero un cuadro por el que se está tratando hasta al 30-40% de los niños de 8 a 12 años en algunos colegios norteamericanos (Ghodes, 1999), para el que existen asociaciones de familiares defensoras y detractores y por el que, en la judicializada sanidad norteamericana, han existido procesos legales tanto por el uso de fármacos en su tratamiento como por dejar de usarlos (Diller, 2002; Bentall, 2011; García de Vinuesa, González Pardo y Pérez Álvarez, 2013...).

UN POQUITO DE NEUROLOGÍA

Hemos de decirlo alto y claro: el TDAH no es una enfermedad neurológica. Es una descripción de un comportamiento, más o menos bien vista y ajustada a la realidad. Como todo comportamiento, posee una base neurológica: no nos movemos o gritamos o lloramos sin una base neurológica. Y, como toda base neurológica, su reiteración, sobre todo si se da ya desde la infancia, posee repercusiones en el funcionalismo neurológico e incluso, en casos graves y crónicos, en la microestructura cerebral.

Pero el que haya una base neurológica y una base genética para cualquier comportamiento no da pie a tildarlo de enfermedad. Así, el temperamento irritable, el temperamento pasivo o la afición por los dulces poseen base neurológica y genética, pero no son enfermedades. Eso añadido a que no hay que confundir la frecuencia familiar de una manifestación humana cualquiera con una supuesta carga genética.

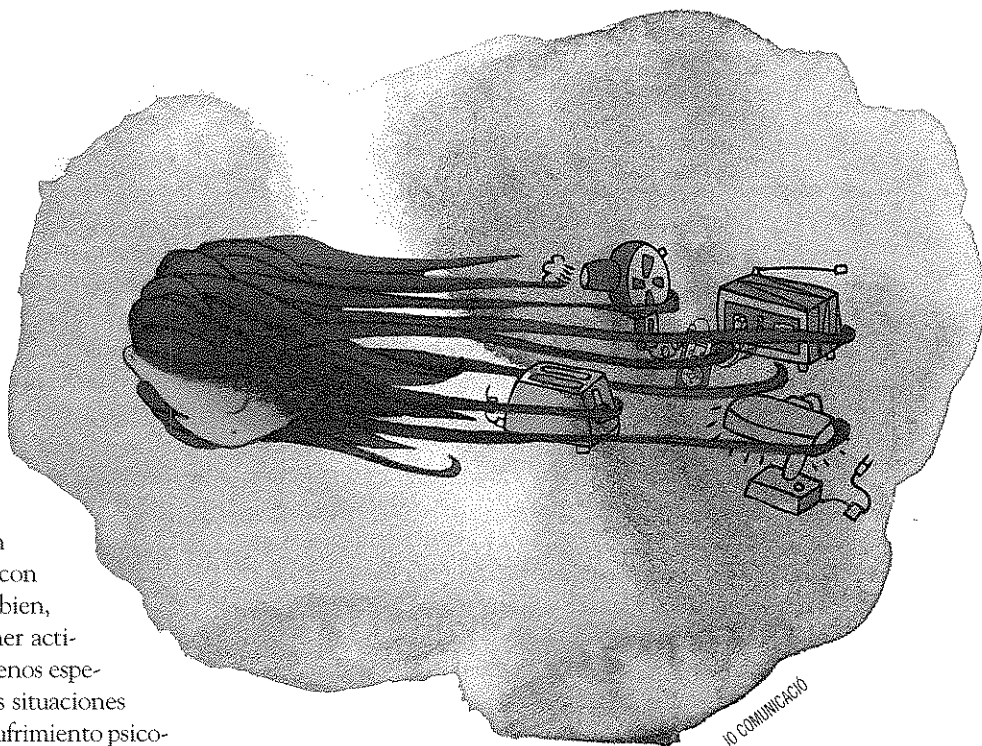
Ciertas alteraciones en las relaciones familiares, algunas situaciones de duelo, el estrés crónico, el uso de drogas durante el embarazo y otros muchos factores biopsicosociales, pueden producir cambios neurológicos (e incluso genéticos) que preparen el sistema nervioso central para la hiperactividad. También determinadas formas de comportarse la familia con los niños pequeños: si se les exige demasiado, si no se les ponen límites, si se les llenan sus días de actividades y de actividades no psicomotrices, si se les fuerza a ser hipercumplidores desde pequeños, si no tienen contacto lúdico y psicomotriz con otros niños, animales, la naturaleza... (Tizón, 2013; Autoría compartida, 2015a).

Y cómo no iba a ser así. La organización emocional y relacional de los niños, su organización psicológica, tanto como el cerebro de los niños, son sistemas en desarrollo. Ambos poseen manifestaciones paralelas e interactuantes: hoy sabemos, por ejemplo, que si un niño está sufriendo crónicamente (duelos, pérdidas, inatención, inatención afectiva, negligencias, malos tratos...) se van a producir en él una cascada de respuestas fisiológicas y neuroendocrinas, entre las que he destacado en otro lugar cinco grupos (Tizón, 2007): 1. Se activan sus mecanismos de adaptación al estrés y al sufrimiento, incluso a nivel molecular y, por supuesto, psico-neuro-endocrino-inmunitario (Arnetz y Ekman, 2006; OMS, 2004; Shonkoff y Garner, 2012); 2. La exposición del cerebro en desarrollo a la bioquímica del estrés o sufrimiento crónico posee repercusiones sobre la expresión genómica, la mielinización, la morfología neuronal, la neurogénesis (el nacimiento de nuevas neuronas) y la sinaptogénesis (la creación de nuevas conexiones sinápticas). 3. Diferentes regiones y circuitos cerebrales varían entonces su dominancia o supresión, lo cual depende, en parte, de la genética, pero también de la velocidad del desarrollo y la densidad de los receptores glucocorticoides; 4. Por consiguiente, se dan consecuencias funcionales duraderas, que incluyen un desarrollo lentificado del hemisferio izquierdo, un descenso de la integración interhemisférica (estados de disociación), una tendencia a la irritabilidad neurofisiológica y electrobioquímica del sistema límbico o de algunos de sus subsistemas y una disminución de la actividad funcional del vermis cerebeloso; 5. En muchos cuadros neuropsiquiátricos se han encontrado ya esos elementos neurológicos comunes: ciertas psicosis, trastornos por estrés posttraumático graves, depresiones, personalidades límite, trastornos disociativos y bipolares, TDAH y algunos casos de abuso de sustancias (Bentall, 2011; Tizón, 2013, 2014).

En definitiva, si nacemos con unos 100.000 millones de neuronas, y un cerebro en el que predomina la sustancia gris (células nerviosas), en los primeros veinte años se llegan a establecer billones o trillones de conexiones, lo que lleva a un predominio de la sustancia blanca (mielina, conexiones): ese es el peso más determinante del ambiente sobre la estructura cerebral. Se sabe que el sistema nervioso central humano es un sistema en continua evolución, incluso celular y

citoarquitectónica (al menos hasta los 7 u 8 años), y que, más tarde, será sometido a la apoptosis neuronal masiva de la adolescencia (muerte selectiva de millones de neuronas).

¿Estamos autorizados a alterar alegremente esa evolución, solo incipientemente conocida, introduciendo tempranamente fármacos e impidiendo la ecología del desarrollo neurológico basado en las relaciones del niño con sus seres queridos, odiados, con sus pares, con sus adversarios, con su ambiente? O más bien, como profesionales, ¿deberíamos mantener actitudes más parsimoniosas e integrales y menos especulativas y atender, antes y después, a las situaciones que han promovido o pueden promover sufrimiento psicológico en esos niños con cerebro, que no es lo mismo que unos cerebros con niño? (Eisenberg, 2004; Shonkoff y Garner, 2012).



¿CÓMO HEMOS PODIDO LLEGAR AQUÍ?

Hace cincuenta años, los psiquiatras estaban muy preocupados por la falta de fiabilidad de sus diagnósticos y por la poca respetabilidad que eso confería a su disciplina. Se puso entonces en marcha todo un movimiento orientado a proporcionar esa fiabilidad fallida y esa respetabilidad científica. Pero los médicos psiquiatras que pusieron en marcha tal movimiento, en vez de orientarse a profundizar en la psicopatología, la base psicológica de la psiquiatría, decidieron orientarse por la biología, la base de la medicina. No se trata de entender por qué nos relacionamos de tal o cual forma, sino de entender el comportamiento humano como un síntoma, que remite a un síndrome (conjunto de síntomas), que indica una enfermedad y, que, a ser posible, remite a una enfermedad cerebral o, mejor aún, genética y cerebral. Todo un largo camino en el que, a menudo, se ha disimulado nuestra ignorancia, vistiéndola con variados despropósitos y exageraciones medicalizadas.

POR UNA PSICOPATOLOGÍA BASADA EN LA RELACIÓN

Si como maestro o enseñante usted se halla preocupado por un niño concreto en tratamiento crónico con psicoestimulantes, antes que nada debería comentarlo con los otros maestros del niño y con sus padres. Los médicos saben mucho menos de ese tema que ustedes. ¿De verdad el niño es tan movido que no termina sus tareas y aficiones con la familia, en las salidas, en los parques, en las reuniones familiares?, ¿o es tan solo en la escuela o en la familia? ¿Puede distraerse jugando con compañeros o con familiares durante tiempo (a lo que él quiere, no a lo que se le impone)?, ¿o siempre tiene que estar moviéndose y probando cosas nuevas?

Si en dos o más ambientes (casa y colegio, por ejemplo, o escuela y reuniones familiares) se muestra tan movido hasta el extremo de producir malestar en los que están con él, probablemente eso significa que el niño tiene algún problema. Pero no suponga usted precipitadamente, simplificadoramente, que es un problema psiquiátrico, ni que el niño tiene un TDAH, que tiene una supuesta enfermedad llamada TDAH y, menos aún, que sea un TDAH.

Si usted tiene dudas o está preocupado por ese niño, intente hacerse una idea global de la situación: ¿han entrado en su escuela o institución de enseñanza esos equipos de psicólogos que se dedican a hacer supuestas exploraciones psicológicas a los niños y que luego diagnostican una y otra vez TDAH o cosas peores, y recomiendan tratamientos farmacológicos una y otra vez? A nivel más general: ¿es una escuela que admite y fomenta la variabilidad de los niños o una escuela orientada a la uniformidad y el buen comportamiento?

A nivel biológico, ¿se trata de un niño sano o enfermizo, cumplidor o con frecuentes inasistencias?, ¿lo ve bien nutrido?, ¿cree que hace cinco comidas al día?, ¿come con gusto o tiene también problemas con las comidas?

A nivel psicológico puede observar si es un niño participativo o competitivo, colaborador o despectivo, comunicativo o bien gesticulante, dramatizador, quejoso, con baja tolerancia a las frustraciones... Puede reflexionar entonces, a ser posible con otros tutores, o con los padres, acerca de si ese niño ha tenido un duelo, una pérdida, una frustración importante, como separaciones o conflictos graves de los padres, del hogar, enfermedades de otro tipo, etc. en los últimos meses o en la primera infancia; si ese crucial periodo de la vida, la primera infancia, ha sido para el bebé y el niño un período feliz o ha estado sometido a dificultades ambientales, parentales o familiares importantes.

Además, ¿es un niño que, si no está moviéndose, parece triste y aburrido?, ¿es un niño sometido a actividades extraescolares cada día, y que ve a ambos progenitores o cuidadores pocas horas al día y precisamente cuando ellos están más cansados?

¿Le ha visto jugar en el patio, en la entrada o salida de la escuela?, ¿sabe si sus padres o familiares juegan cada día con él, si son capaces de perder el tiempo con él sin hacer nada preprogramado?, ¿sabe si realiza actividades físicas regulares y sale a la naturaleza o está en contacto con ella? (Autoría compartida, 2015a), ¿o bien es un niño de silla y tele o silla y electrónica?

Como enseñante preocupado, si revisa esos extremos junto con sus compañeros de colegio, probablemente va a encontrar que, o bien es normal que el niño se comporte así, o bien que necesita una ayuda específica de familiares, amigos o psicopedagó-

gica. O tal vez, incluso, una ayuda psicológica, para él o para algún familiar. El problema es que, ante nuestra ignorancia, desconocimientos o recortes-robo, tendemos a aplicar supuestas soluciones, supuestamente fáciles: la pastillita o el jarabe. En nuestra opinión, muy pocos niños necesitan del psiquiatra solo por ese tema, si no concurren otras alteraciones. Muchos menos aún deberían usar unos medicamentos que, como los estimulantes, no se han estudiado en su uso a largo plazo, y menos en la infancia. Lo único que seguro producen es una dependencia más o menos grave y más o menos duradera.

ACERCA DE SUPUESTOS TRATAMIENTOS

Todas esas controversias y posturas encontradas, como era de esperar, alcanzan su clímax en el tema del tratamiento. Algunos

EL FÁRMACO, LA ÚLTIMA OPCIÓN

El TDAH, ¿es un trastorno neurológico?

No. Es una agrupación de comportamientos que, como no, poseen una base neurológica. Simplificadamente, se intenta hacer creer que los cambios neurológicos, muchos de ellos ficticios, son la causa de tales comportamientos.

¿Está sobrediagnosticado?

De forma abusiva, significando su tratamiento unidimensional un grave problema de salud pública actualmente.

¿Los fármacos son una opción?

Solo si las ayudas no medicas, profanas, y después, las psicopedagógicas, psicológicas y psicosociales, realizadas por especialistas competentes, no han dado resultado.

¿Qué tipo de intervención propone?

Una guía clínica con los siguientes elementos o fases ajustados a las necesidades del niño y su familia en la comunidad:

1. Acogida y exploración contenedoras, tanto del niño como de la familia: en la exploración, debe realizarse al menos una entrevista familiar y al menos una entrevista u hora de juego con el niño. Quien no sepa o no pueda hacerlas no debería hacer ese diagnóstico y, menos aún, recetar psicofármacos a ese niño.
2. Medidas de higienización y orientación (*counselling* psicodinámico o cognitivo-conductual) a la familia, allegados y escuela.
3. Si las medidas anteriores se muestran insuficientes, es cuando no quedará más remedio que introducir técnicas especializadas: atención psicoterapéutica del niño, unida a atención psicoterapéutica de la familia.
4. Si es necesario, ante la gravedad del cuadro, pueden usarse en esta fase fármacos sintomáticos, en dosis y tiempos cortos, casi nunca los psicoestimulantes; serán escogidos en función de cómo es ese niño, esa familia y cómo se relacionan.
5. Sin olvidar la necesaria ayuda en el ámbito escolar, a través de los equipos de asesoramiento psicopedagógico o de los profesores. Aquí, el resultado de los recortes-robo puede suponer un nuevo acicate para la medicalización masiva de los niños: ¿no hay personal para lo que habría que hacer?
6. El uso de psicoestimulantes habría que reservarlo para casos en los que todas esas medidas anteriores, puestas en práctica por especialistas competentes, hayan fracasado durante tiempo. Y como no son un tratamiento etiológico, que vaya a las causas, habría que revisar pronto su uso y necesidad.

clínicos escandinavos y norteamericanos hace años llamaron Big Pharma a una parte de la industria químico-farmacéutica: la interesada en farmacologizar cueste lo que cueste nuestra vida cotidiana, sin importarle las consecuencias antiecológicas y antisaneitarias del resultado de abrir esos nuevos mercados.

Y en ese campo, ¿quién está financiando o va a financiar estudios alternativos sobre el TDHA y su tratamiento?, ¿en qué servicios y con qué fondos se van a financiar esos estudios? Y además, ¿quién publicará y difundirá los datos? Para hacer los estudios y para conseguir apoyo publicitario o incluso equipos de psicólogos diagnosticadores, se necesitan fondos. Sepan ustedes que la inmensa mayoría de esos fondos provienen de la industria químico-farmacéutica. ¿Creen que, como empresas que son, sus fondos no están sujetos a una evaluación de los beneficios que proporcionan esos gastos?

El resultado es el que observó Ghodse, ya hace años, y más recientemente, Bentall, Moncrieff y García Vinuesa, Marino Pérez y colaboradores: el dramático incremento del consumo de psicoestimulantes en los países desarrollados. El crecimiento exponencial de sus ventas y su consumo viene detallado en esos libros y estudios, y seguro que será tratado por alguno de los demás colaboradores de este número de *Cuadernos de Pedagogía*.

Y, como en su propia práctica habrán visto, ¿cuántos niños toman la pastillita unos meses o un máximo de dos años?, ¿y cuántos niños siguen años y años con ella? Una pastillita, por cierto, bioquímicamente cercana a la que luego les proporcionarán en las discotecas y *afterhours*. Pero, eso sí, en este caso sí se considera que es un grave problema de salud pública.

Por eso los psiquiatras y psicólogos actuales nos vemos agrupados en dos tendencias terapéuticas diferentes, como amplié en el 2007: los que piensan y trabajan mediante la aplicación de medidas biológicas (hoy capitaneadas por el uso crónico de estimulantes del sistema nervioso central), y los que pensamos que hay que aplicar fundamentalmente medidas psicológicas, bien ambientales, bien al niño, bien a la familia, o a ambos (Lasa, 2009; Tizón, 2007; Autoría compartida, 2015b).

Como el tratamiento únicamente farmacológico de la infancia no está bien visto, actualmente, los partidarios del enfoque y el tratamiento biológico (reducido a lo biológico) suelen decir que su enfoque terapéutico es multimodal o combinado. Que también usan la psicoterapia. Pero como enseñantes, ustedes ya saben que hablar con el niño o con la familia no es psicoterapia; que hay muy pocos psicoterapeutas formados y contratados como tales en la asistencia pública de la infancia; que muy pocos niños de los que toman la pastillita hacen psicoterapia, y que, a menudo, se dice que se está haciendo psicoterapia, cuando nadie sabe cómo, dónde y con qué acreditaciones cuenta ese profesional para llamarse psicoterapeuta (que, deberían ser, al menos, las exigidas por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas).

El resultado es que el tratamiento predominante es pastillita y solo pastillita. Y, como su uso resulta muy adictivo, tanto para el niño como para los padres y maestros (el niño se torna más atento y más dominable), ese consumo va a durar años.

Hace un tiempo, los partidarios de un enfoque más integral nos encontrábamos con casos a los que había que retirar precipitadamente los estimulantes del sistema nervioso central que algún adolescente llevaba tomando años, con la anuencia de sus padres, por la aparición de síntomas psicóticos en el adolescente —probablemente no producidos, sino ocultados y, tal vez, estimulados, por los psicoestimulantes—. Hoy, mucho menos, porque con creciente frecuencia encontramos la barbaridad antisaneitaria de niños medicados durante años con psicoestimulantes y a los que, cuando aparecen los síntomas psicóticos que antes no se estudiaron, se le añaden nuevas y aventuradas pastillitas: los neurolépticos o antipsicóticos. Cada vez vemos más niños y adolescentes con ese cóctel, una auténtica barbaridad farmacológica, neurológica y psicológica, sin que nadie pida disculpas por errores anteriores: y es que, como hemos estudiado precisamente en España, hasta el 20% de los niños con cuadros de alto riesgo de psicosis han sido seudodiagnosticados anteriormente como TDAH (Tizón; 2013, 2014).

EL NIÑO Y SU CONTEXTO

Por eso un amplio grupo de profesionales, tanto psicólogos como médicos, estamos a favor de enfoques y tratamientos más integrales, tratamientos que comiencen por contextualizar esa forma de relación del niño, como ya se ha explicado en otros lugares por parte de Alberto Lasa (2009), por mi parte (2007) o, recientemente, por parte de más de mil doscientos profesionales catalanes (Autoría compartida, 2015b). Después de ese diagnóstico del niño en su contexto, si es necesario un tratamiento, habrían de aplicarse medidas lo menos profesionalizadoras posibles, llevadas adelante por la familia, allegados y la escuela, para ayudar realmente a los niños, familias, maestros y escuelas, según el modelo que he desarrollado en el 2014: porque el principal efecto nocivo del tratamiento unidimensional con psicoestimulantes es que margina las posibilidades de cambio de la organización familiar, de la organización de las relaciones del niño, de los allegados...

Bien cerca, en nuestro propio país, se están dando interesantes experiencias de uso de diversos tipos de juegos (ajedrez, videojuegos...) en estos problemas, como ya antes sabíamos de la utilidad de la psicomotricidad y de las orientaciones o *counselling* a la familia y a la escuela. Si esas ayudas “profanas”, no profesionalizadas, no son suficientes, es entonces cuando habrá que aplicar técnicas de ayuda psicológica bien al niño, bien a la familia, bien a ambos. Y si esas medidas, practicadas por especialistas competentes, no dan resultado, entonces tal

vez haya que usar fármacos sintomáticos (no precisamente los psicoestimulantes), en dosis y tiempos cortos, si durante este tercer período se necesitan. El uso de psicoestimulantes, al entender de muchos de nosotros, habría que reservarlo para el caso de niños en los cuales se dieran tres criterios básicos: 1) diagnóstico de TDAH claramente establecido; 2) fracaso de las anteriores medidas terapéuticas realizadas por especialistas competentes; 3) peligro grave y próximo de marginación del niño. Y en este caso, más para facilitar la contención de la ansiedad familiar y ayudar en los cambios en la relación familiar, que como supuesto tratamiento etiológico (que nunca lo es).

Más o menos organizadamente, eso es lo que están haciendo hoy buena parte de los equipos de atención a la infancia no farmacologizadores: reconocer que se trata de un problema psicosocial complejo para el cual los especialistas en salud mental no poseemos la solución, ni mucho menos. Más bien

tendríamos que tener en cuenta nuestras insuficiencias, como profesionales, como equipos y como sistema de salud mental, e intentar paliarlas lo antes posible con procedimientos formativos y terapéuticos adecuados y realistas (lo que quiere decir que, desde luego, no son ni rápidos ni cortos). Lo contrario es seguir practicando procedimientos similares a los de la extracción de la piedra de la locura, tal y como se hacía en la edad media europea en los mercadillos callejeros, con reales intervenciones quirúrgicas craneales realizadas a tumba abierta para extirpar la locura.

Porque, desde otra perspectiva, aducir que, como no existe formación o tiempo, tenemos que usar los fármacos, es una declaración de pragmatismo obtuso. Es como si los médicos de urgencias, ante cuadros de peritonitis, utilizaran sistemáticamente sedantes para los pacientes porque no hay tiempo y la familia está sufriendo mucho. Producirían daños irreversibles a muchos. ¿No nos está pasando lo mismo?

PARA SABER MÁS

- **American Psychiatric Association (2013).** *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- **Arnetz, Bengt B.; Ekman, Rolf (eds.) (2006).** *Stress in Health and Disease*. Weinheim: Wiley-VCH, pp. 180-195.
- **Autoría compartida (2015a).** "Natural outdoor environments and mental and physical health: Relationships and mechanisms", en *Environment International*, vol. 77, abril, pp. 35-41.
- **Autoría compartida (2015b).** "Per a un consens clínic del TDAH". Manifiesto redactado y firmado por un amplio grupo de profesionales catalanes, de diversa orientación. Disponible en: <http://consensotdah.blogspot.com>.
- **Bentall, Richard P. (2011).** *Medicalizar la mente. ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: Herder.
- **Diller, Lawrence H. (2002).** *Should I Medicate My Child? Safe Solutions for Troubled Kids with and without Psychiatric Drugs*. Nueva York: Basic Books.
- **Eisenberg, Leon (2004).** "Social psychiatry and the human genome: contextualizing heritability", en *British Journal of Psychiatry*, n.º 184, pp. 101-103.
- **García de Vinuesa, Fernando; González Pardo, Héctor; Pérez Álvarez, Marino (2014).** *Volviendo a la normalidad: la invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Madrid: Alianza Editorial.
- **Ghodse, Hamid (1999).** "Dramatic increase in methylphenidate consumption", en *Current Opinion in Psychiatry*, n.º 12, pp. 265-268.
- **Lasa, Alberto (2009).** *Los niños hiperactivos y su personalidad*. Bilbao: Altxa.
- **Moncrieff, Joanna (2013).** *Hablando claro: una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder.
- **Organización Mundial de la Salud (1992).** *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- **Organización Mundial de la Salud-WHO (2004).** *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra: OMS.
- **Shonkoff, Jack P.; Garner, Andrew S. (2012).** "The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress", en *Pediatrics*, vol. 129, n.º 1, pp. 232-246.
- **Tizón, Jorge L. (2007).** "El 'niño hiperactivo' como síntoma de una situación profesional y social: ¿mito, realidad, medicalización?", en *Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*. Número extraordinario 2, pp. 23-30.
- (2013). *Entender las psicosis: hacia un enfoque integrador*. Barcelona: Herder.
- (2014). *Familia y psicosis: cómo ayudar en el tratamiento*. Barcelona: Herder.

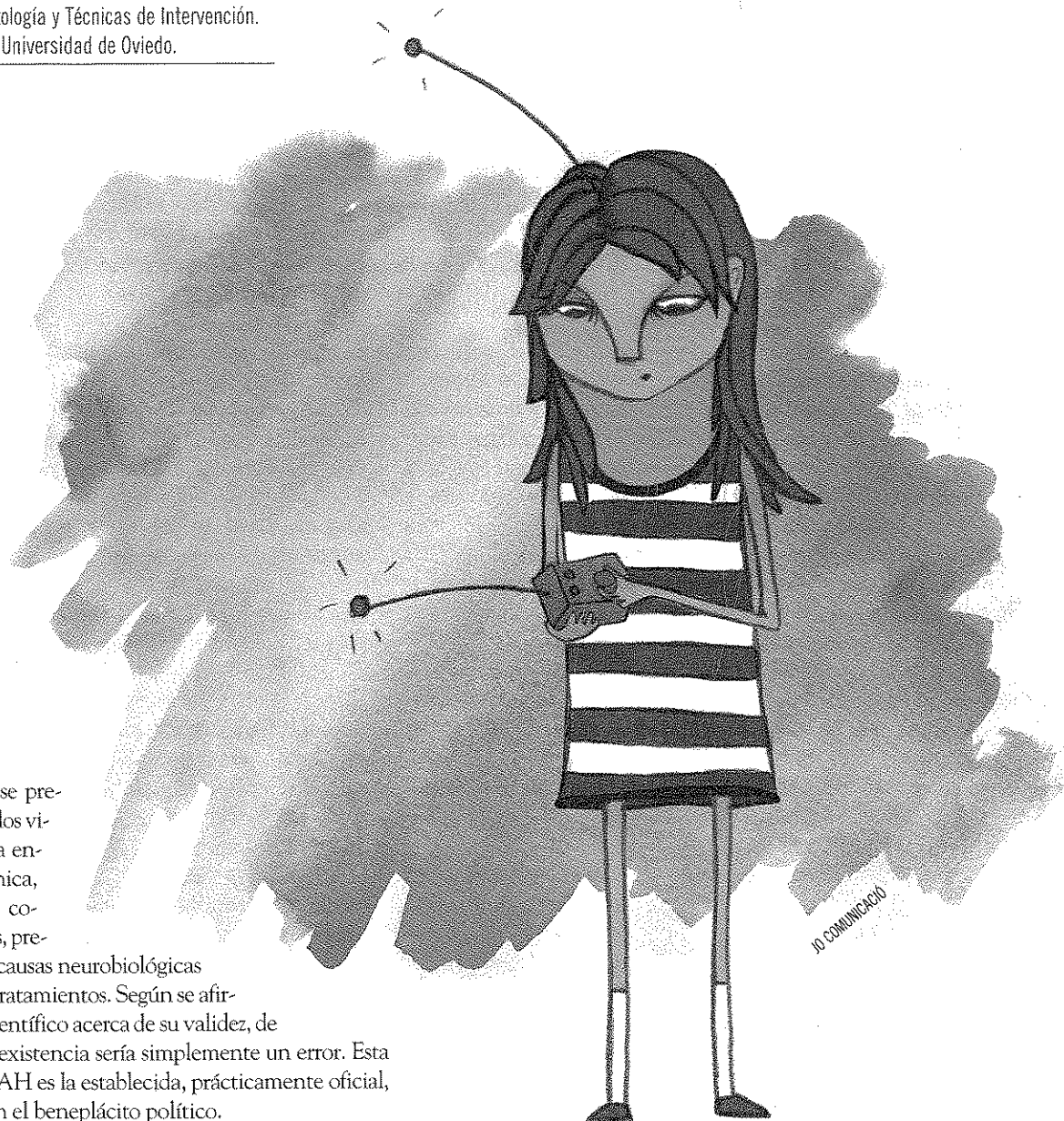
MÁS ALLÁ DE LOS SÍNTOMAS, UN MODO DE SER

El autor apunta en este artículo los consensos interesados en presentar el TDAH como trastorno neurobiológico de origen genético, así como la inutilidad de la investigación neurobiológica y genética en la práctica clínica. Sin dejar de reconocerlo, afirma que el problema al que se refiere la etiqueta TDAH se puede entender y ayudar sin patologizarlo.

Marino Pérez Álvarez

Catedrático de Psicopatología y Técnicas de Intervención.
Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo.

El TDAH se presenta con los visos de una entidad clínica, con su diagnóstico, comorbilidad, subtipos, prevalencia, supuestas causas neurobiológicas y origen genético y tratamientos. Según se afirma, hay consenso científico acerca de su validez, de modo que negar su existencia sería simplemente un error. Esta concepción del TDAH es la establecida, prácticamente oficial, y cuenta incluso con el beneplácito político.



Con todo, el TDAH continúa siendo como mínimo una entidad muy controvertida. Si se indaga más allá de los consensos científicos, se revela como una invención de acuerdo con numerosos autores, sin que falte quien lo pone como ejemplo de mala medicina.

Sus promotores y defensores presentan el TDAH con una argumentación cuya fuerza está en el consenso, la declaración dogmática y la acumulación de referencias bibliográficas, no en una evidencia firme. El consenso se refiere a declaraciones de científicos internacionales supuestamente independientes, tipo “los abajo firmantes”, que promulgan la existencia del TDAH, frente a quienes la niegan, que serían tan ignorantes como aquellos que dijeran que “la Tierra es plana, las leyes de la gravitación debatibles y la tabla periódica en química un fraude”.

Para empezar, si hubiera evidencia no sería necesario un consenso. En segundo lugar, el consenso a que se refieren, lejos de ser de “científicos independientes”, como se dice, la mayoría reciben apoyo y financiación de la industria interesada en definir el TDAH como una entidad clínica. Así, buena parte de los firmantes de una declaración consenso del 2002, empezando por el psicólogo estadounidense Russell A. Barkley, su primer firmante, reciben apoyo de la industria del ramo. La declaración de consenso europeo del 2010 en favor del TDAH adulto agradece al laboratorio Janssen-Cilag el apoyo para los costes de las reuniones, y al menos trece de los 27 firmantes reconocen conflictos de intereses. En tercer lugar, nada más en contra de la ciencia que hacer declaraciones dogmáticas cancelando el cuestionamiento del TDAH.

Las declaraciones de consenso se apoyan en la sobreabundante bibliografía del TDAH, como aquel que se agarra a una farola para sostenerse sin utilizarla para ver lo que hay. El consenso del 2002 cita más de 500 referencias, sin revisar sus hallazgos, como si dijéramos: evidencia a granel. El consenso del 2010 utiliza 320 referencias como apoyo de su validez, sin ser en realidad evidencia clara y distinta. Se trata de una argumentación sutilmente engañosa, consistente en citar cantidad de estudios que sin ser ninguno concluyente, entre otras cosas porque otros estudios no lo confirman o desdichan, se toman al final como “apoyo”, que no evidencia.

LA INVESTIGACIÓN NEUROBIOLÓGICA, SIN UTILIDAD CLÍNICA

Una revisión crítica de la literatura científica, no un mero acopio de citas o un uso parcial de las mismas, no permite sustentar su entidad clínica. Lo cierto es que no hay otras pruebas diagnósticas más que las conductas observadas (mal llamadas “síntomas”), por las que de hecho se

define el TDAH. Ni la neuroimagen ni la electroencefalografía ni la hemoencefalografía tienen especificidad, dado el solapamiento entre TDAH y no-TDAH. Lo mismo ocurre con valoraciones que se ofrecen como pruebas objetivas. Así, el test de las variables de la atención (TOVA, sus siglas por su nombre en inglés) muestra una “inadecuada especificidad”, con una alta tasa de falsos positivos. La valoración de los movimientos sacádicos carece igualmente de especificidad. Un estudio del psiquiatra infantil británico David R. Coghill y colaboradores, en el que se incluían seis pruebas neuropsicológicas (memoria de trabajo, espera, tiempo de respuesta, inhibición, toma de decisiones y variabilidad), mostró en realidad que “un cuarto de los niños TDAH no mostraban déficit en ninguna de ellas”.

Tampoco aparecen marcadores neurobiológicos ni genes. Como concluyen en una revisión reciente los psiquiatras infantiles afincados en Estados Unidos Angelinda Baroni y Francisco X. Castellanos dentro, en todo caso de su perspectiva neurobiológica: “Carecemos de hechos establecidos sobre la neurobiología del TDAH”. Tocante a los genes, un estudio del 2010 publicado en la prestigiosa revista médica *The Lancet*, que comparaba 366 niños identificados como TDAH con 1047 no-TDAH, encontró que el 86% de los TDAH no tenían las variaciones que se le asocian. Estas variaciones solamente se encontraron en el 13,95% de los TDAH, pero también en el 7,4% del grupo no-TDAH. Sin embargo, lo que llega al público es que el doble de niños TDAH respecto de no-TDAH (el 13,95%, respecto del 7,4%) presentan una variación genética, si es que no se dice que se ha encontrado el gen del TDH.

Aunque se hallara una posible asociación genética con las conductas por las que se define el TDAH, ¿qué? No por ello sería una condición patológica. La variante genética más asociada al TDAH, el alelo DRD4-7r, se asocia también al nomadismo, a la exploración, a la aventura (en el anuncio de Land Rover), a la infidelidad y al riesgo, según lo que se quiera enfatizar y explotar en cada momento. No hay ni se espera una especificidad genética, porque esa no es la función de los genes. Siendo así, resulta llamativo el empecinamiento por las condiciones genéticas; un caso de sociología de la ciencia: cómo la genética constituye líneas prioritarias de financiación, en detrimento de otras. Por lo que se va viendo, los hallazgos pueden seguir siendo decepcionantes, con muestras de pacientes cada vez más grandes y hallazgos moleculares cada vez más pequeños.

En vista de que no hay otros criterios que las conductas observadas por las que de hecho se define el TDAH y de la carencia de biomarcadores: ¿qué deben saber y pueden hacer los clínicos en la consulta médica y psiquiátrica?



En su revisión del 2012 de la neurobiología y genética del TDAH, el neuropsiquiatra infantil británico Samuele Cortese se ve obligado a concluir: “Hasta aquí, los hallazgos de la investigación neurobiológica no tienen aplicación directa en la práctica clínica diaria”. Uno se preguntaría entonces qué hacen los clínicos si lo que se espera de ellos es, si acaso, cosa del futuro. Lo que hacen no parece ser sino parafernalia clínica, a afectos o con el efecto de legitimar un diagnóstico oficial y un tratamiento farmacológico.

ENTENDER Y AYUDAR SIN PATOLOGIZAR

La crítica que se merece la concepción clínica del TDAH no implica la negación del problema al que se refiere, a menudo muy serio y difícil de abordar. Un problema no es una enfermedad. No es necesario patologizar el problema para entenderlo y ayudar a solucionarlo. El problema se puede y debe analizar en sus propios términos: como pro-

blema de atención, actividad e impulsividad en determinados contextos y tareas que requirieran comportamientos más modulados.

Para empezar, las conductas TDAH mejor se caracterizarían como curiosidad, exploración y juego, que como síntomas. Al etiquetarlas como TDAH salen de la normalidad para entrar en el territorio de la patología. Entender las conductas como comportamientos que pueden ser adaptativos o disfuncionales según los contextos abre otra concepción y perspectiva no patologizadora sino práctica y normalizadora. Así, el problema puede ser entendido en términos de autocontrol. Lo importante es que el autocontrol consiste en habilidades que se aprenden en el proceso de socialización o todavía no se han aprendido.

El autocontrol es una tarea de toda la vida que empieza en la infancia. La capacidad de demorar la gratificación en edades tempranas guarda relación con la vida adulta. El autocontrol se aprende aun cuando no se enseña formal-

mente. Se aprende en las interacciones con los adultos y en los juegos, teniendo el lenguaje una importante función autorreguladora. Cuando es el caso que no se aprende según se espera, se puede enseñar expresamente. Se refiere a programas, no tratamientos, que implican a los padres, a los profesores y a los propios niños.

Existen numerosos programas que enseñan a los padres maneras de interactuar con los niños que fomentan habilidades de autocontrol, entre ellos los conocidos como Paternidad Positiva, Nuevo Bosque, Los Años Increíbles, Interacción Padres-Hijos o Crianza de Preescolares Hiperactivos. En general, consisten en formar a los padres en principios conductuales. Este enfoque empieza por concebir el problema como problema de conducta susceptible de ser reconducido en el contexto de las interacciones diarias. Se enseña a los padres a crear condiciones que propicien y fortalezcan los comportamientos adecuados que se desea sean más frecuentes y a la vez disminuyan aquellos que propician los inadecuados. Estos programas se centran más en fomentar los comportamientos deseables

(que también ocurren) que en “enseñarse” con los inadecuados mal llamados “síntomas”.

Otros procedimientos consisten en utilizar juegos comunes como “Simón dice”, el “Baile congelado” y la “Técnica de la tortuga”, que enseñan a atender, esperar, seguir reglas. El uso de juegos comunes para el desarrollo del autocontrol viene a ser un complemento, si es que no corrección, de las actividades diarias con miras a fomentar la autorregulación, no meramente el entretenimiento. Por su parte, el programa Herramientas de la Mente enfatiza la función autorreguladora del lenguaje a través de juegos familiares. Está demostrado que los cambios debidos al entrenamiento de los padres se mantienen a largo plazo, lo que no ocurre con la medicación.

La implicación de los profesores consiste en el manejo conductual del aula, lo que supone también un entrenamiento en crear condiciones propicias para el comportamiento deseado y reforzarlo positivamente, sin que pase desapercibido o dado por hecho. Entre las condiciones propicias figuran

UNA ETIQUETA DESAFORTUNADA

El TDAH, ¿es un trastorno neurológico?

De acuerdo con el neurólogo estadounidense Richard Saul, el psiquiatra infantil británico y el psicólogo educativo también estadounidense Michael Corrigan, el TDAH no es un trastorno neurológico. Según el Dr. Saul, hay dos tipos de personas a las que se diagnostica TDAH: los que son distraídos e impulsivos y los que tienen otro problema (del sueño, de la vista, propiamente neurológico o incluso ser superdotado). El Dr. Timimi, psiquiatra infantil británico, habla de constructo cultural y de patologización de la infancia. Por su parte, el Dr. Corrigan se refiere a un malentendido con la etiqueta.

¿Está sobrediagnosticado?

Un solo diagnóstico ya sería excesivo, ya que no define una entidad clínica, sino que es una desafortunada etiqueta para referirse a conductas cuyo problema, si es el caso, responde a una variedad de condiciones, empezando por las habilidades aprendidas o no y las circunstancias del medio.

¿Los fármacos son una opción?

Los fármacos son una mala opción. En primer lugar, no están corrigiendo una condición neuroquímica alterada. En segundo lugar, la medicación no enseña el comportamiento adecuado ni mejora el rendimiento escolar. En tercer lugar, el niño atribuye a la medicación su mejor comportamiento y al TDAH el peor, no a sí mismo. En cuarto lugar, están los efectos nocivos a largo plazo, dándose la ironía de que el desequilibrio químico es consecuencia de la medicación, no la causa por la que se tomaba.

¿Qué tipo de intervención propone?

Para niños de 3, 4 y 5 años que pudieran ser candidatos al diagnóstico de TDAH, la mejor opción es la implicación de los padres en actividades y juegos con ellos que fomenten el aprendizaje de la espera, el autocontrol y el seguimiento de reglas, recibiendo si es necesario un entrenamiento específico. En la escuela se puede ayudar sin necesidad de diagnóstico, a nivel del problema. La intervención puede consistir en el manejo conductual en el aula, en el entrenamiento de ciertas habilidades del niño y en la implicación también de los padres.

la disposición del aula, las reglas claras y cumplibles, el ajuste de las demandas al mejor funcionamiento de uno y la facilitación de elecciones aun cuando conduzcan al mismo resultado. Tocante al reforzamiento, puede ir desde prestar atención a las conductas adecuadas (porque también existen), reconocerlas públicamente y enviar notas para casa destacándolas, hasta un sistema de puntos si fuera necesario. La idea es que el profesor “juegue a pillar” al niño cuando tiene los comportamientos que se desea ocurran más a menudo, en vez de pillarlo distraído, molestando y fuera de sitio, otra vez.

En relación con los propios niños, los programas más eficaces son de dos tipos. Por un lado están aquellos que se centran en la organización de materiales y tareas escolares con miras a mejorar las competencias, el rendimiento y el éxito académico. El desarrollo de competencias y conocimientos escolares es fundamental para la solución del problema y “salida” del mismo diagnóstico.

NO BASTA DECIR “HAZ ESTO” O “CONCÉNTRATE”

Por otro lado están los programas que se centran en el autocontrol, donde destaca el método “si... entonces...”, desarrollado por el psicólogo alemán Peter Gollwitzer y colaboradores. Se trata de un modelo de autocontrol que se centra en la transición, por así decir, de las buenas intenciones a las intenciones llevadas a cabo, por lo que se conoce también como “intenciones de implementación”. Las intenciones de implementación toman el formato “si... entonces...”, que especifica cuándo, dónde y cómo una intención se pone en acción: “Si se da la situación X, entonces realizaré la conducta Y”. Los niños pueden aprender la inhibición de la acción, la demora y el control de distracciones.

En una tarea de inhibición de la acción, se presentan al azar en una pantalla de ordenador diferentes figuras, por ejemplo, animales y vehículos, ante las cuales los niños tienen que responder lo más rápido que puedan pulsando una tecla determinada. Un tercio de las presentaciones vienen con la señal audible “No Go”, de modo que el niño tiene que inhibirse de responder en este caso. A unos niños se les dio la mera indicación: “No presionar ninguna tecla ante las figuras que vengan con No Go”, mientras que a otros niños se les dio la indicación más específica “Si oigo No Go, entonces no presionaré ninguna tecla”, según el formato “si... entonces...”.

En una tarea de demora de la gratificación aparecían en una pantalla de ordenador figuras rojas y azules. Los niños tenían que decidir entre una gratificación inmediata de menos valor (las figuras rojas valen un punto) y una retrasada más valiosa (las figuras azules valen tres puntos), tocándolas so-

bre una pantalla táctil. Había tres grupos. Uno recibió la instrucción neutral que decía: “Las figuras rojas valen un punto; las azules, tres”. Otro grupo recibió la instrucción: “Ganaré tantos puntos como sea posible” (intención del objetivo). El otro recibió la instrucción “si... entonces...”: “Si aparece un figura roja, entonces esperaré por una figura azul”. Mientras que la mera intención del objetivo (ganar puntos) no fue mejor que la instrucción neutral (decir cómo funciona), con los niños TDAH, las intenciones de implementación (“si... entonces...”) facilitaron la demora de la gratificación.

El plan “si... entonces...” también se mostró ser eficaz en el control de las distracciones. En un paradigma experimental de “inhibición de la tentación”, las intenciones de implementación se han mostrado más efectivas que la socorrida indicación de no distraerse. Los niños trabajaban en una tarea de aritmética en una pantalla de ordenador que presenta a la vez anuncios distractores de cómo ganar premios. La mera intención del objetivo, “No me distraeré”, fue menos efectiva que la inhibición de la distracción formulada así: “Si surge una distracción, entonces la ignoro”. Se entiende que la especificación, tanto de la situación crítica (el anuncio distractor o cualquier otra distracción) como de la acción (ignorar, seguir con lo que hacía), marca la diferencia.

Por su lado, técnicas consistentes en el entrenamiento en habilidades cognitivas como la memoria a corto plazo y el neurofeedback no parecen tener más eficacia que la debida al placebo.

LO PEOR Y MEJOR QUE SE PUEDE HACER CON LOS NIÑOS

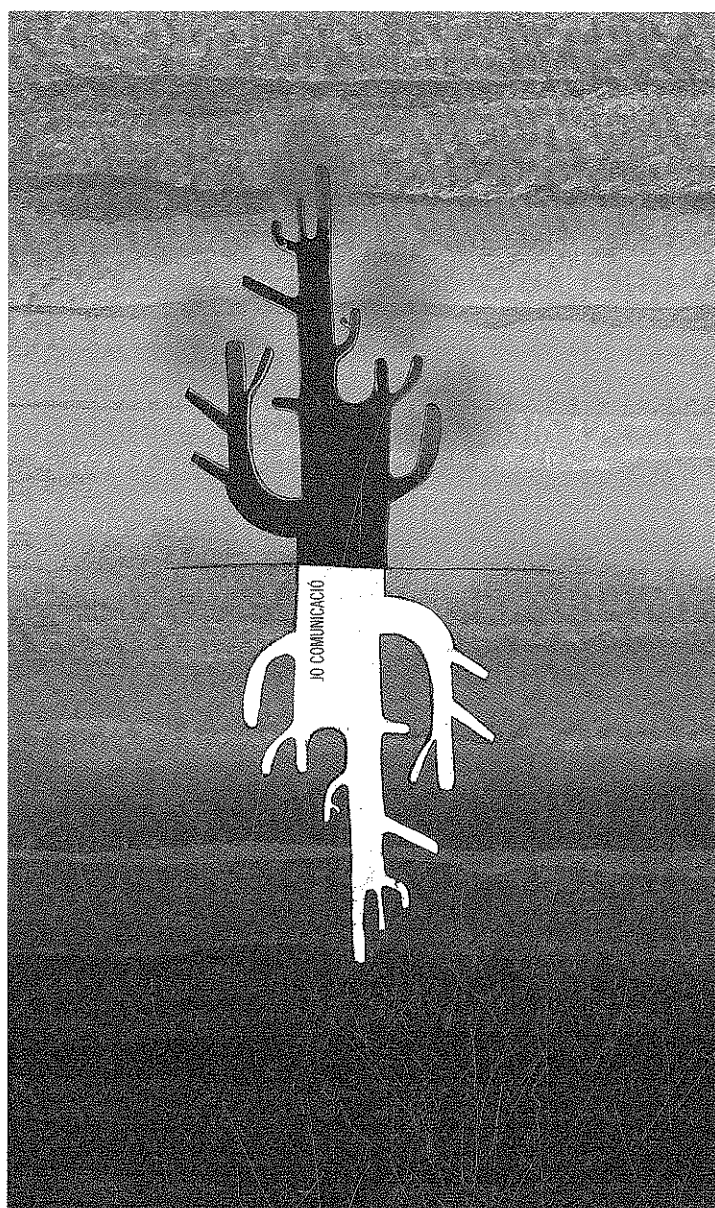
Lo peor que se puede hacer con los niños es medicarlos, porque la medicación no enseña el comportamiento adecuado, a largo plazo es más perjudicial que beneficiosa y crea el rol de enfermo (si el niño “mejora” es por la pastilla, y si sigue hiperactivo es por la “enfermedad”). Lo mejor es hablar con ellos, porque tienen mucho que decir, empezando por la identificación de los problemas y el acuerdo acerca de objetivos y medios para un posible cambio. Por otra parte, tampoco se trata de que el niño tenga que ajustarse a un único patrón de comportamiento. Los requerimientos y contextos también se podrían acomodar a su estilo de personalidad y funcionamiento óptimo. La actividad característica de los niños TDAH tiene su funcionalidad, por lo que no debería ser suprimida, sino modulada y tomada en consideración para el ajuste de tareas y demandas. Puestos a ello, el “estilo TDAH” mejor se entendería como un modo de ser, con su dinámica, expresividad, ventajas e inconvenientes, no como una enfermedad.

LA NATURALEZA, UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA Y PREVENTIVA

Más que un trastorno orgánico sólido y coherente, el TDAH es una especie de cajón de sastre en el que se expresan una gran diversidad de problemáticas y malestares que aquejan a la infancia de hoy. Las labores de prevención y tratamiento deberían incidir sobre los contextos donde crecen niños y niñas, favoreciendo especialmente el contacto con la naturaleza, una educación y un estilo de vida más saludables.

Heike Freire
Periodista.

Las personas no somos muy distintas de los árboles: nacemos y crecemos a partir de una minúscula semilla, siguiendo el curso de nuestra naturaleza; brotamos hojas y flores y, cuando estamos maduras, producimos frutos. Nuestra salud y desarrollo dependen de las condiciones del entorno: los nutrientes de la tierra, el grado de humedad, la temperatura y calidad del aire... Es evidente que también nos configuran los cromosomas pero, en el histórico debate que enfrenta a los psicólogos partidarios de la herencia con los partidarios del ambiente, se impone una especie de síntesis: mis genes pueden contener un potencial de, por ejemplo, baja estatura, pero el ambiente en el que he crecido (vínculos afectivos, dieta, hábitos...) y dónde me muevo (subida a una tarima, con tacones, rodeada de pigmeos...) es lo que finalmente determinará mi altura. Lo mismo sucede a nivel celular: las características del medio donde se cultivan las células madre determinan tanto su salud como el tipo de tejidos (óseo, muscular, nervioso...) en los que van a diferenciarse. A lo largo de generaciones, las condiciones ambientales van modulando los rasgos genéticos: por eso, la altura media de los españoles subió al menos diez centímetros en el último siglo.

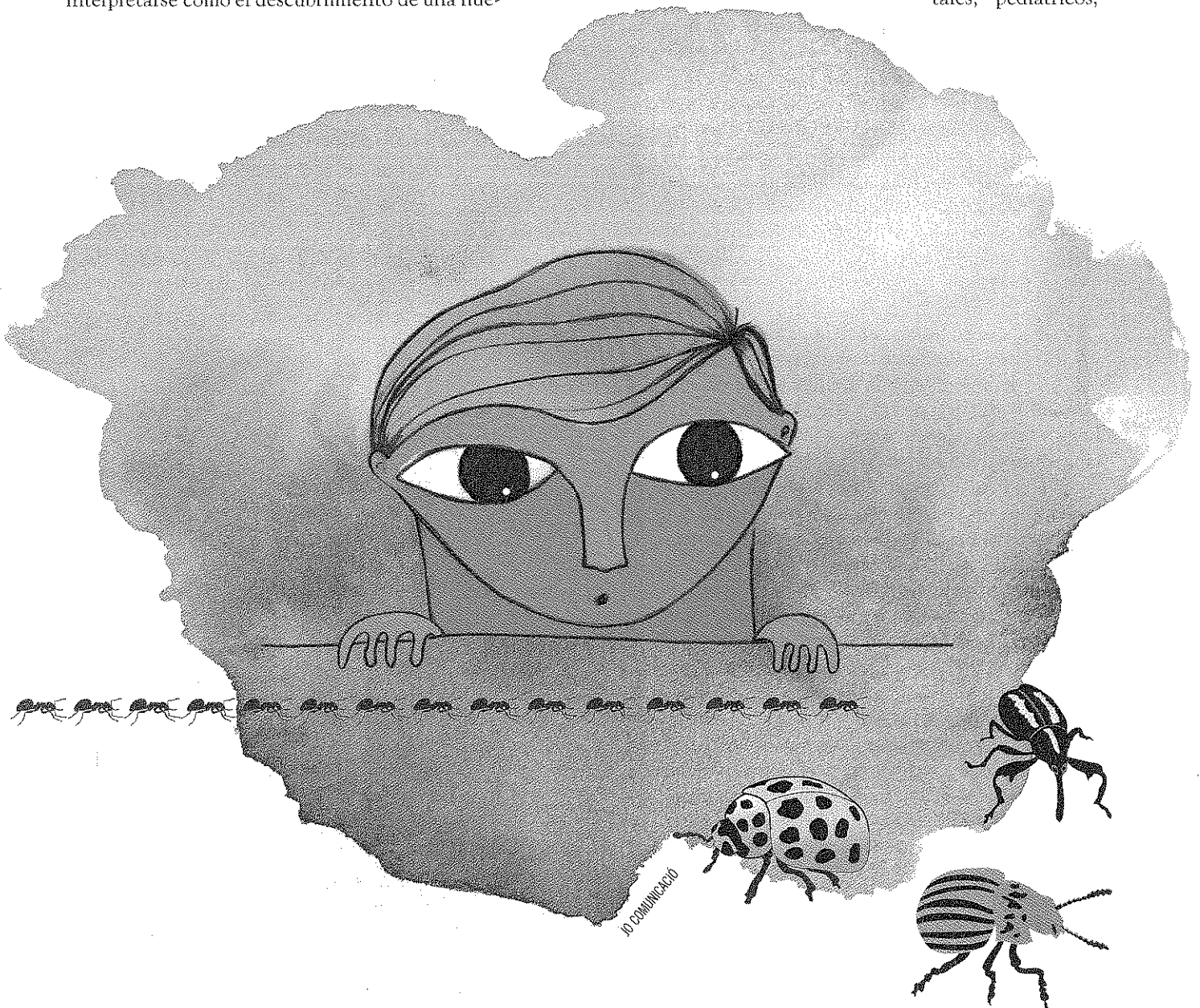


Las posibilidades de transformación de los contextos son (o deberían ser) más amplias, sencillas y eficaces que las mutaciones genéticas. Sin embargo, nuestra sociedad prefiere actuar directamente sobre los organismos mediante sustancias químicas e intervenciones quirúrgicas. Tal vez porque, como señala el sociólogo polaco Zygmunt Bauman: "Lo que no queremos que cambie, hoy menos que nunca, es el actual orden social".

UN TRASTORNO DE ÉPOCA

El espectacular aumento del diagnóstico de TDAH entre la población infantil de los países desarrollados en los últimos 30 años (un 300%, aproximadamente) podría interpretarse como el descubrimiento de una nue-

va dolencia, si tuviera alguna consistencia. Pero bajo el paraguas de estas cuatro siglas se engloban comportamientos muy diversos (impulsividad, hiperactividad, falta de atención...), cuyo único punto común es que responden a la misma droga, el metilfenidato. Estas conductas se denominan erróneamente "síntomas" cuando, en el estado actual de la investigación, no se ha comprobado que provengan de una patología orgánica: ni los estudios de neuroimagen ni los de mapas genéticos permiten medir una posible anomalía cerebral y, actualmente, los exámenes neurológicos se utilizan precisamente para descartar esa hipótesis. Además, desde su aparición en el DSM-III (1980), la literatura científica ha apuntado a numerosos y complejos factores etiológicos: ginecológicos y perinatales, pediátricos,



asistenciales, alimentarios, familiares, educativos, sociales, ambientales... Son frecuentes los diagnósticos múltiples y la confusión con otras problemáticas (dislexias, disgrafías, deterioro cognitivo, conductas desafiantes...). Las evaluaciones a menudo resultan subjetivas: una maestra encontrará a este alumno "hiperactivo", mientras que otra, en otro entorno, lo considerará "normal". La influencia de la socialización de género (y por tanto, de la cultura más que de la biología) también es patente: entre los diagnosticados con hiperactividad predominan los niños, mientras el déficit de atención lo presentan mayoritariamente niñas... Este curioso dato no parece chocar a los especialistas, que, cegados por una especie de determinismo neurológico a la moda, siguen empeñados en confundir sexo y género. También es significativo el elevado número de diagnosticados que son adoptados, proceden de familias con dificultades económicas, sociales o afectivas, tienen altas capacidades o talentos especiales no reconocidos por la escuela, atraviesan algún tipo de duelo, sus procesos madurativos son más "lentos" que la media, etc. Por otro lado, se ha comprobado que el ruido y la contaminación ambiental en las ciudades afectan negativamente al delicado cerebro infantil en desarrollo. Del mismo modo que le perjudican el exceso de sedentarismo y la sobreexcitación que producen las pantallas, cada vez más presentes en la vida de niños y niñas, que no disponen de espacios ni tiempo suficiente para descargarla a través del juego espontáneo. Las elevadas exigencias sociales y educativas, tendentes a normalizar y homogeneizar a la población; la presión por los resultados académicos y el consecuente estrés escolar en nuestra sociedad del rendimiento; la represión social del dolor y las emociones consideradas negativas, o el incremento en el consumo de azúcar refinado y, en general de la comida basura, sin ácidos grasos esenciales ni suficiente hierro, son otros de los múltiples factores que los expertos han relacionado con los comportamientos TDAH. Por eso, muchos profesionales lo consideramos un simple cajón de sastre para una amplia variedad de dificultades sociales y de aprendizaje que aquejan a la infancia de hoy. Más que una dolencia específica y orgánica, este conjunto de respuestas habla de los enormes esfuerzos que están haciendo las criaturas de hoy para adaptarse y crecer en entornos cada vez menos saludables, que no les permiten satisfacer necesidades básicas ancestrales de nuestra especie como el movimiento, el tacto y el contacto con la naturaleza.

LA FALTA DE VITAMINA N

Según los estudios clásicos de psicología ambiental, las tareas que exigen una atención dirigida o concentrada (y requieren inhibir la percepción de otros estímulos, así como los impulsos y pensamientos inadecuados) producen fatiga. En estas situaciones, individuos no diagnosticados

con TDAH muestran temporalmente muchos de los comportamientos atribuidos al trastorno. Aunque uno sería permanente y el otro temporal (desaparece cuando descansamos), los "síntomas" del déficit de atención y de la fatiga de atención son muy similares, e incluso se utilizan escalas semejantes para medirlos. Se ha demostrado que los entornos naturales ayudan a recuperar nuestra atención (o como dicen Rachel y Stephen Kaplan, a restaurarla), porque alivian la tensión que supone focalizarnos en unos pocos estímulos. El bienestar que experimentamos después de pasar tiempo en la naturaleza (ya sea dando un paseo por el campo, visitando un parque, cuidando un huerto, mirando árboles desde la ventana o contemplando la foto de un paisaje) puede ser fruto de ese "efecto restaurador" que, según los investigadores, mejora al mismo tiempo otros procesos cognitivos como el pensamiento y la memoria.

La naturaleza tiene también un efecto moderador o amortiguador del malestar que causan acontecimientos estresantes en la vida de niños y adultos, como problemas laborales y económicos, conflictos y duelos familiares, exigencias escolares excesivas, etc.

Si los entornos naturales mejoran los procesos cognitivos y el grado de bienestar y relajación de individuos no diagnosticados, ¿es posible que también ayuden a los afectados?, ¿las personas con TDAH podrían simplemente ser más sensibles que el resto de la población a la fatiga de atención y al estrés? Con estas hipótesis, el Landscape and Human Health Laboratory ('Laboratorio del Paisaje y la Salud Humana'), de la Universidad de Illinois (USA), ha desarrollado recientemente una serie de experimentos que muestran cómo las actividades y el juego espontáneo al aire libre reducen significativamente las dificultades típicas del TDAH. Después de pasar tiempo en la naturaleza, niños y adolescentes diagnosticados con el trastorno muestran con menor frecuencia esas conductas y muchos llegan a limitar o incluso a abandonar definitivamente la medicación. En uno de estos estudios, los padres puntuaron los efectos de 49 tipos de actividades distintas (pasear, leer, correr...) sobre los comportamientos de hiperactividad, falta de atención e impulsividad de sus hijos e hijas. Las actividades se clasificaron en tres tipos: realizadas en espacios interiores, al aire libre en medio ambiente construido y en entornos verdes. Estas últimas son las que más contribuyeron a reducir los síntomas.

En otro estudio, los niños con TDAH fueron evaluados en un entorno controlado después de dar una vuelta por uno de los tres ambientes clasificados según el "grado de verde": un parque, un barrio y una zona residencial tranquila. Los hallazgos confirman que, después de jugar en un medio natural, las criaturas son más capaces de

concentrarse, completar una tarea y seguir instrucciones. Sus funciones de atención mejoran considerablemente, así como también su nivel de relajación y su capacidad de autocontrol. Cuanto más naturales son los espacios y con mayores índices de biodiversidad, mejores los resultados. La vitamina N (en palabras del escritor Richard Louv) tiene un efecto positivo incluso cuando los resultados con otros tratamientos son limitados. Además, esta terapia es ampliamente accesible, no genera costes, no estigmatiza y no tiene efectos secundarios...

Tal vez por eso, algunos pediatras prescriben un descanso de la medicación durante las vacaciones y/o los fines de semana. Y muchos analistas consideran el me-

tilfenidato una droga del estilo de vida (como los antidepresivos, los somníferos o los medicamentos para adelgazar), necesaria para adaptarse a una forma de vivir (y de aprender) que es, en sí misma paradójicamente enferma.

Todas estas investigaciones apuntan las ventajas de introducir cambios sustanciales en los ambientes donde crecen y se desarrollan niños y niñas, diseñando entornos escolares que contribuyan a satisfacer sus necesidades auténticas y a mejorar sus condiciones de vida. Escuelas que ayuden a minimizar sus sufrimientos, en lugar de contribuir a acrecentarlos, y un sistema educativo que vuelva a poner en el centro de su labor el bienestar de los alumnos.

TRANSFORMAR LOS CONTEXTOS

El TDAH, ¿es un trastorno neurológico?

No existe evidencia alguna. El objetivo de las pruebas neurológicas es descartar que se trate de una anomalía orgánica. En algunos casos, los estudios de neuroimagen muestran carencias en la producción de determinados neurotransmisores, como la dopamina, pero no se ha demostrado que estas diferencias en la bioquímica cerebral sean la causa de los comportamientos asociados. Incluso podrían ser la consecuencia de unos entornos que no permiten satisfacer necesidades fundamentales del ser humano como moverse y jugar.

¿Está sobrediagnosticado?

La propia definición del trastorno constituye un error de apreciación y, por lo tanto, solo puede estar "sobrediagnosticado". Define como anormales y enfermos comportamientos que los adultos encontramos frustrantes y disruptivos, en la mayoría de los casos debido a las exigencias de unos entornos poco respetuosos y saludables. Son estos entornos insanos los que deberíamos diagnosticar y tratar para que se adaptaran a las necesidades auténticas del ser humano en crecimiento, en lugar de forzar la adaptación de los pequeños.

¿Los fármacos son una opción?

En ningún caso. Es un grave error introducir sustancias psicoactivas en el cerebro inmaduro de un niño, porque desconocemos los efectos que pueden tener a largo plazo. Es cierto que la medicación puede calmar provisionalmente un sistema familiar estresado y angustiado. Pero si se prolonga en el tiempo, aunque solo sean unos meses, no solo no resuelve el problema, sino que evita que los implicados desarrollen aprendizajes relacionales fundamentales y construyan vínculos sólidos y reales. Crea dependencia e irresponsabilidad tanto en la familia como en la persona afectada.

¿Qué tipo de intervención propone?

Transformar los contextos familiares, educativos y sociales de los niños para que les permitan satisfacer necesidades auténticas fundamentales del ser humano como el movimiento, el juego, la atención, la aceptación, la regulación emocional, el reconocimiento, la autodeterminación y, muy especialmente, el contacto con la naturaleza.

¿QUÉ HACER CONCRETAMENTE EN LA ESCUELA?

Adaptar las características y estructura de la institución escolar para atender a las necesidades que niños y niñas no pueden satisfacer en el mundo moderno ayudaría a prevenir muchas dificultades de aprendizaje y comportamiento, e incluso podría tener un efecto terapéutico. ¿De qué necesidades y adaptaciones estamos hablando? Aunque con limitaciones de espacio, vamos a ofrecer algunas pistas.

Fomentar el movimiento autónomo

Seguramente es la primera vez en la historia de la humanidad que vivimos de una forma tan completamente sedentaria. Los niños de hoy pasan aproximadamente el 76% del tiempo sentados o acostados. Sus dificultades para estar quietos no representan una involución en las habilidades del ser humano, sino más bien todo lo contrario. El movimiento es una necesidad fisiológica tan esencial como comer o dormir. Contribuye a la madurez del sistema nervioso, regula el nivel de activación energética, agudiza nuestros sentidos y desarrolla la inteligencia y la creatividad. Estudios noruegos confirman que algo tan sencillo como ir andando o en bici al cole mejora la atención y la impulsividad: los alumnos están más atentos, concentrados, relajados y rinden mejor. Además, contra lo que suele creerse, pensar moviéndose favorece la conexión mente-cuerpo y consolida un aprendizaje más profundo. Todo lo que potencie el movimiento y la actividad autónoma en el aula o fuera de ella, como el trabajo con materiales concretos, en pequeños grupos, la observación de campo o los proyectos pluridisciplinares, puede ser beneficioso.

Enseñar desde la atención plena

Muchos maestros utilizan la repetición para asegurarse de que los conocimientos quedan grabados en la mente del alumno. Pero esto favorece la rutina, la pasividad y las respuestas automáticas. Transmitir procesos de creación vivos, en lugar de hallazgos pasados y contenidos muertos, animar a los alumnos a imaginar otros puntos de vista y permitirles que se apropien las enseñanzas a partir de sus intereses y motivaciones, son maneras de conseguir que se mantengan presentes, despiertos y activos.

Frenar el consumo de pantallas

Uno de los elementos principales del modo de vida sedentario son las pantallas. Debido a la intensidad y velocidad de sus estímulos, la sobredosis de tecnología provoca un

estado de alerta permanente que produce fatiga atencional y al mismo tiempo agitación, ansiedad y estrés. Algunas investigaciones han encontrado una correlación entre el tiempo de pantalla, en la primera infancia, y la probabilidad de presentar conductas TDAH unos años más tarde. Las escuelas deberían gestionar la tecnología con racionalidad y ofrecer a los padres información y formación sobre los peligros de un consumo excesivo.

Abrir la escuela a la naturaleza

Hay muchas formas de fomentar el contacto con la naturaleza desde la escuela, por ejemplo: organizar excursiones a espacios naturales, utilizar parques y naturaleza próximos al centro para realizar actividades, o embarcarse en la transformación de los patios escolares para convertirlos en jardines, bosquecillos, huertos y granjas. Más allá de una simple labor decorativa, se trata de un proceso de cambio profundo que afecta a la forma en que se organizan tiempos y espacios en la escuela y se acompañan y validan aprendizajes. En la práctica, es posible impartir todo el currículo de Infantil, Primaria y Secundaria en entornos naturales.

Favorecer el juego libre

El juego espontáneo, especialmente al aire libre, es uno de los principales factores de salud y bienestar para la infancia: regula los estados de ánimo, alivia el estrés, la ansiedad, la depresión, reduce la agresividad, los problemas de sueño..., y ayuda a adquirir hábitos saludables. El juego brusco (peleas, persecuciones...) desempeña, según el neurocientífico Jaak Panksepp, un importante papel en la producción de dopamina, el famoso neurotransmisor que favorece la concentración: permite compensar la inmadurez cerebral de algunas criaturas con ritmos de desarrollo más lentos mediante la producción natural de esta sustancia. Algunos expertos señalan que un niño sano necesita al menos tres o cuatro horas diarias de juego libre. La escuela podría ofrecerles más oportunidades de juego en lugar de impedirsele con un exceso de lecciones magistrales y deberes.

Atender a la singularidad de cada persona

La falta de atención desaparece cuando al alumno le interesa lo que está aprendiendo (motivación intrínseca). La escuela debe centrarse en los gustos e intereses de los alumnos, en lugar de hacerlo en el currículo. Que sean los auténticos protagonistas de su educación para poder elegir y decidir dentro de un sistema que valore sus capacidades, respete sus ritmos y les ayude a desarrollar sus talentos.

LA COMPLEJIDAD DEL DIAGNÓSTICO

El TDAH es un trastorno neurobiológico incluido en las principales clasificaciones de los trastornos mentales en uso en el ámbito psiquiátrico y psicológico. La gran dificultad con la que se encuentra el médico psiquiatra para su diagnóstico es que no existen pruebas definitivas para determinar la presencia o ausencia del TDAH, por lo que la validez del diagnóstico necesita recopilar evidencias de un amplio rango de fuentes.

Juan Jairo Ortiz Guerra y José Ángel Alda Díez
Médicos psiquiatras. Facultativos especialistas sénior,
Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Sant Joan
de Déu.

jortizg@hsjdbcn.org / jaída@hsjdbcn.org

La controversia que existe sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) tiene su explicación inicial en la dificultad y complejidad del concepto de trastorno mental. En el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM), de la American Psychiatric Association (APA), se enfatizan las dificultades a la hora de trazar una línea precisa que divida la normalidad y la psicopatología. El concepto de trastorno mental, como muchos otros conceptos en medicina y en ciencia, carece de una definición operativa que cubra todas las situaciones. Todas las condiciones médicas son definidas en varios niveles de abstracción, por ejemplo, patología estructural (por ejemplo, colitis ulcerativa), síntomas de presentación (por ejemplo, migraña), desviación de la norma fisiológica (por ejemplo, hipertensión) y etiología (por ejemplo, neumonía neumocócica). Los trastornos mentales también han sido definidos mediante varios conceptos (por ejemplo, malestar, descontrol, desventaja, discapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil de trastorno mental, pero ninguno es equivalente a todo el concepto, y situaciones diferentes reclaman definiciones diferentes.

SIN LÍMITES PRECISOS

Es relevante abordar la cuestión de si la expresión “trastorno mental” es óptima. “Mental” implica una visión cartesiana del problema mente-cuerpo; que la mente y el cerebro



son reinos separables y enteramente distintos, un enfoque que es incompatible con puntos de vista filosóficos y de neurociencia modernos. La expresión “trastorno psiquiátrico” puede ser preferible, en la medida que hace hincapié en que estas condiciones no son puramente mentales, y que la frontera entre el trastorno psiquiátrico y otros trastornos médicos no es tan precisa. Sin embargo, el término “psiquiátrico” ha sido criticado por no connotar suficientemente la medida en que las entidades son de hecho psicobiológicas (en lugar de connotar un modelo biomédico excesivamente reduccionista, en opinión de algunos). Los clínicos de salud mental que no son psiquiatras también han expresado críticas a este término, ya que consideran que puede sugerir erróneamente que solo los psiquiatras están capacitados en el diagnóstico y manejo de estas entidades. Dicha crítica puede ser suficiente para justificar el mantenimiento de “trastorno mental”. Una solución potencial es recomendar el término torpe y quizá de transición “mentales/psiquiátricos”. Un enfoque más conservador sería mantener “trastorno mental” pero hacer hincapié en que se trata de trastornos cerebro-mente.

La definición propuesta en la CIE-10 (OMS, 1992) es: “Trastorno’ no es un término exacto pero se usa aquí para implicar la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociados en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberían incluirse en la noción de trastorno, tal y como se define aquí”.

Según el DSM-5 (APA, 2013), un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés frecuente o una pérdida, tal y como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. El diagnóstico de un trastorno mental debe tener una utilidad clínica: debe ser útil para que el médico determine el pronóstico, los planes de tratamiento y los posibles resultados del tratamiento en sus pacientes.

VALIDEZ DEL TDAH COMO CONDICIÓN MÉDICA

En consonancia con otros trastornos mentales, la distinción entre la condición clínica y la variación normal en la población general es difícil de definir con base solamente al número de síntomas. Esto se debe a que hay conti-

nuidad entre el nivel de síntomas de TDAH entre los que tienen un trastorno mental que produce impacto y aquellos a quienes no les produce impacto. La distinción entre el TDAH y la variación normal en la población general requiere la asociación de un grupo característico de síntomas y niveles significativos de impacto. Como sucede con la mayoría de los trastornos mentales, no existen pruebas diagnósticas definitivas para determinar la presencia o ausencia del TDAH, por tanto, la cuestión de la validez del diagnóstico de TDAH necesita recopilar evidencia de un amplio rango de fuentes.

Tomamos aquí aportes de la revisión extensa que hizo el National Institute for Health and Care Excellence, NICE (2008) acerca de la validez del TDAH como condición médica.

Los síntomas del trastorno

La primera cuestión que debemos formular es: ¿en qué medida los fenómenos de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención, que definen actualmente los criterios del DSM-5 para el TDAH y la CIE-10 para el trastorno hiperactivo, se agrupan en la población general y en un trastorno particular que puede ser distinguido de otros trastornos y de la variación normal?

Para dar respuesta a esta cuestión, debemos preguntarnos si se agrupan los fenómenos hiperactividad, impulsividad y déficit de atención. Hay pruebas contrastadas de que los síntomas de déficit de atención y de hiperactividad/impulsividad se agrupan en muestras de población y en muestras clínicas. Se han descrito pruebas de modelos de uno, dos y tres factores; la mayoría de los estudios apoyan el modelo de dos factores correlacionados: déficit de atención e hiperactividad/impulsividad, mientras que otros distinguen entre hiperactividad e impulsividad y unos pocos hallan un factor combinado de los tres dominios. Hay algunas pruebas de que el número de factores identificados depende de la edad de la muestra, con casi todos los estudios en niños de edad escolar que describen dos factores. Estos hallazgos han sido descritos en un número de contextos culturales diferentes.

¿Son distinguibles los síntomas del TDAH de los de otros trastornos? En la mayoría de los estudios de análisis factorial, se encuentra que los síntomas del TDAH (déficit de atención, hiperactividad e impulsividad) representan factores separados pero correlacionados con comportamiento negativista y problemas de conducta. Esto sugiere que existen como dimensiones o rasgos separados. Estudios en gemelos sugieren solapamiento de influencias genéticas en TDAH y problemas de conducta, pero hay también influencias ambientales compartidas en trastorno negativista desafiante (TND) / trastorno

de conducta (TC) que no actúan en el TDAH. Estudios de gemelos con TDAH y TND/TC muestran diferentes patrones de correlaciones de gemelos, lo que sugiere la existencia de influencias ambientales compartidas en el TND/TC pero no en el TDAH. Esto sugiere que algún aspecto del ambiente compartido por los niños en la misma familia incrementa el riesgo de TND/TC pero no el riesgo de TDAH, lo cual indica una separación entre los dos a nivel de los factores de riesgo etiológico.

La correlación entre el TDAH y varios rasgos del neurodesarrollo (habilidad cognitiva, habilidad lectora, desarrollo de la coordinación y trastornos generalizados del desarrollo) se debe en gran medida a los efectos de las influencias genéticas compartidas. Por esta razón, el TDAH puede ser visto como un componente de una propensión general a problemas del neurodesarrollo que surge de influencias etiológicas compartidas.

¿Son los fenómenos de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención distinguibles del espectro normal? El NICE concluyó que, sobre la base de las pruebas actuales, el TDAH fue similar a otras condiciones médicas y psiquiátricas comunes que representan el extremo de rasgos dimensionales, como la hipertensión, la obesidad, la ansiedad y la depresión. El trastorno, por tanto, solo se puede definir sobre la base de

niveles altos de síntomas y su asociación con impactos clínicos significativos y el riesgo para el desarrollo de impactos futuros.

Impactos clínicos y psicosociales

El segundo tema que abordaremos surge de la siguiente pregunta: ¿el grupo de síntomas que define el TDAH está asociado a impactos clínicos y psicosociales significativos?

Los síntomas del TDAH se asocian con una serie de impactos en la vida social, académica, familiar, salud mental y desempeño laboral. Los estudios longitudinales indican que los síntomas del TDAH son predictivos de impactos tanto actuales como futuros. Los impactos también resultan de la presencia de problemas que coexisten, incluyendo problemas de conducta, problemas emocionales y trastornos del neurodesarrollo solapados. Los síntomas del TDAH predicen pobres logros académicos en la escuela, aun años más tarde: el déficit de atención es más predictivo que los problemas emocionales o de conducta. Los adultos con TDAH tienen trabajos peor pagados y menor nivel socioeconómico, y tienen más accidentes de coche. La presencia de altos niveles de síntomas del TDAH se asocia con impacto en múltiples dominios;



sin embargo, no es posible delinear claramente un número específico de síntomas del TDAH en el que surge un impacto significativo.

Existencia de un patrón propio

La tercera cuestión que hay que dilucidar es si hay pruebas de un patrón característico de cambios evolutivos o desenlaces asociados con los síntomas que definen el TDAH.

Existen pruebas de la persistencia de los síntomas del TDAH desde la infancia temprana hasta la edad adulta. Los estudios longitudinales confirman que el TDAH persiste en la edad adulta. Utilizando criterios de niños, aproximadamente el 15% de los niños con TDAH conservan el diagnóstico a los 25 años, pero una proporción mucho más grande (65%) está en remisión parcial con persistencia de algunos síntomas asociados con impactos continuados. Los síntomas pueden variar con una persistencia relativa de los síntomas de déficit de atención en comparación con los síntomas hiperactivos-impulsivos; sin embargo, la base de pruebas para esta conclusión es pobre, ya que se fundamenta en el análisis de medidas

evolutivamente inapropiadas para la hiperactividad-impulsividad en adultos.

¿Existen factores de riesgo asociados al TDAH?

La última cuestión que debemos plantear es la siguiente: ¿hay pruebas consistentes acerca de factores de riesgo genéticos, ambientales o neurobiológicos asociados con el TDAH?

Existen pruebas consistentes en estudios familiares, de gemelos y de adopción de influencias genéticas y ambientales en los síntomas del TDAH a lo largo de la población. Bajo la asunción de igual ambiente, los estudios en gemelos indican que la similitud para los síntomas del TDAH en los hermanos resulta principalmente de influencias genéticas. La investigación en adopción apoya estos datos.

Las influencias ambientales únicas desempeñan un rol en la aparición de diferencias en los síntomas de TDAH dentro de familias. El ambiente puede tener también un rol importante en el TDAH a través de mecanismos de interacción y correlación gen-ambiente.

UNA AFECTACIÓN IRREGULAR

El TDAH, ¿es un trastorno neurológico?

Con las pruebas actuales, el TDAH se conceptualiza mejor como el extremo de un rasgo continuo que se distribuye a lo largo de la población; la distinción con la normalidad se hace por la presencia de altos niveles de síntomas de TDAH asociados a impactos significativos.

¿Está sobrediagnosticado?

La prevalencia administrativa, la tasa en que el trastorno en la práctica es reconocido o tratado, muestra muy grandes disparidades entre naciones, entre regiones y entre territorios de una región. En estudios realizados en el 2007 en Estados Unidos, el 4.8% de los niños recibían medicación estimulante; en Alemania, en el 2006, el 0.9%; en Francia, en el 2005, el 0.2%. Se ha argumentado que en Estados Unidos hay un uso excesivo de psicofármacos en los niños. Rapoport (2013) afirma que las fuerzas del mercado son las responsables: las mutuas de salud (*managed care*) han conducido a que los psiquiatras sean empleados principalmente en clínicas de medicación, de ese modo se restringe la posibilidad de ofrecer otras terapias. En ese país, la prevalencia de uso de estimulantes es ahora mayor que la del TDAH definido estrictamente.

¿Los fármacos son una opción?

Todas las guías de práctica clínica para el TDAH en niños y adolescentes (por ejemplo, GuíaSalud en España) apoyan el uso de metilfenidato, atomoxetina y dexanfetamina para algunos niños.

¿Qué tipo de intervención propone?

Multimodal, como proponen las guías. A los niños con síntomas graves y con síntomas leves pero que persisten a pesar de las intervenciones de modificación conductual, se les debería ofrecer tratamiento con medicamentos recomendados en las guías.

Se han identificado medidas ambientales asociadas con el TDAH, incluyendo uso materno de tabaco durante el embarazo y estrés prenatal materno. Otras medidas ambientales asociadas incluyen privación temprana, maltrato y abuso sexual, factores familiares, incluyendo desacuerdo marital grave, clase social baja, familia numerosa, criminalidad paterna, trastorno mental materno y ser menor tutelado por la Administración.

Se ha mostrado que algunos componentes de la dieta incrementan el nivel de síntomas de TDAH en niños, y de este modo contribuyen a aumentar los niveles de síntomas de TDAH en todos los niños. Estos pueden ocasionar síntomas incrementados e impacto en un subgrupo de individuos que desarrollarán TDAH, aunque esto aún no ha sido claramente constatado.

Las relaciones causales entre medidas ambientales y el TDAH no están bien aclaradas. En muchos casos no se conoce si variables ambientales asociadas específicas representan riesgos directos para el TDAH o riesgos indirectos que actúan a través de factores ambientales o genéticos correlacionados, o están pasivamente correlacionados con los síntomas del TDAH.

El análisis de grupos TDAH *versus* no TDAH ha identificado cambios consistentes en la estructura cerebral, función y desempeño en test neurocognitivos; sin embargo, las diferencias con los controles no son universales, no caracterizan a todos los niños y adultos con diagnóstico clínico de TDAH y no establecen frecuentemente causalidad en casos individuales. Aún no se comprende el grado en que la heterogeneidad observada en las asociaciones con medidas neurobiológicas y psicológicas representa contribuciones etiológicas múltiples a una vía causal común o son contribuciones independientes a vías causales múltiples. También

puede ser el caso que estas asociaciones representen epifenómenos del síndrome TDAH y no desempeñen un rol causal directo.

La revisión del NICE concluyó que, sobre la base de las pruebas actuales, el TDAH se conceptualiza mejor como el extremo de un rasgo continuo que se distribuye a lo largo de la población; la distinción con la normalidad se hace por la presencia de altos niveles de síntomas de TDAH cuando estos se acompañan de impactos significativos. Esto subraya la importancia de definir qué cuenta como impacto significativo y asegurar que el impacto se evalúa completamente cuando se utilizan los criterios diagnósticos.

LAS ACTUACIONES

Todas las guías de práctica clínica para el TDAH en niños y adolescentes (CADDRA, en Canadá; EAGG, en Europa; NICE, para Inglaterra y Gales; SIGN, en Escocia; Academia Americana de Pediatría, para Estados Unidos, y GuíaSalud, en España) apoyan el uso de metilfenidato, atomoxetina y dexanfetamina para algunos niños, y el uso de intervenciones de modificación conductual. El tratamiento debe ser multimodal. A las familias de niños que cumplan criterios estrictos de TDAH, se les deberían ofrecer intervenciones de modificación conductual en el aula de clase administradas por los maestros; adecuaciones y adaptaciones educativas individualizadas; un programa de entrenamiento de padres en parentalidad positiva y modificación conductual. A los niños con síntomas graves y con síntomas leves pero que persisten a pesar de las intervenciones anteriormente citadas, se les debería ofrecer tratamiento con medicamentos. También se debería ofrecer tratamiento para los trastornos que puedan coexistir con el TDAH.

PARA SABER MÁS

- **American Psychiatric Association (2013).** *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- **OMS (1992).** *Trastornos mentales y de conducta: definiciones clínicas y guías de diagnóstico*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- **NICE (2008).** *Attention deficit hyperactivity disorder full guideline*. Leicester (Londres): British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- **Rapoport, Judith (2013).** "Pediatric psychopharmacology: too much or too little?", en *World Psychiatry*, junio, vol. 12, n.º 2, pp. 118-123.

UNA REALIDAD CLÍNICA EN EL AULA Y EN CASA

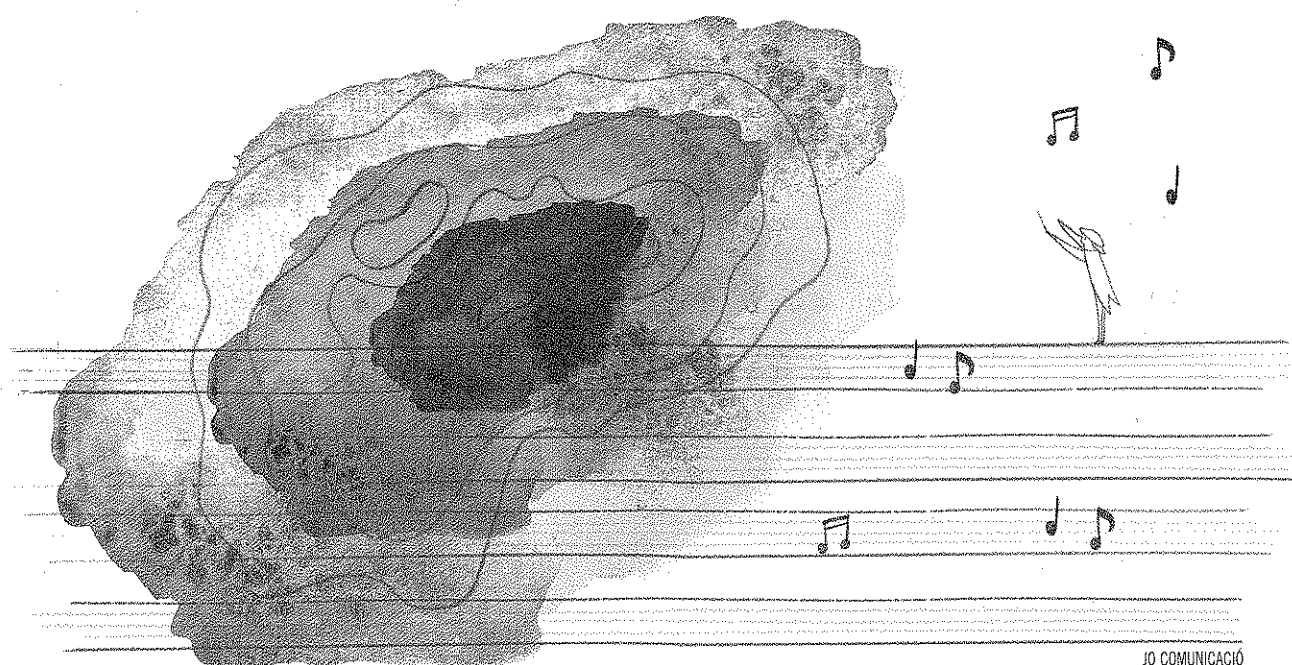
El TDAH está presente en los centros educativos, los servicios de salud y los propios hogares, y afecta de forma muy significativa al niño y su entorno. El tratamiento multimodal, a través de la combinación de intervenciones familiares, educativas y psicoterapéuticas, unido a la farmacoterapia, reduce los síntomas disfuncionales y mejora la calidad de vida del afectado y su entorno.

Sara Ortega Tapia

Neuropsicóloga clínica en la Fundación CADAH (Santander).

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo con mayor prevalencia en la infancia, y el motivo de consulta más frecuente en los servicios de salud mental infantojuvenil (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014). Sin embargo, en la actualidad, las únicas evidencias que tenemos de que un afectado pueda tener TDAH son a través de la propia conducta de este, debido a la falta de biomarcadores que certifiquen con certeza la presencia del trastorno (Soutullo y Díez, 2007). Esto supone que el diagnóstico del TDAH sea exclusivamente clínico y, por ello, subjetivo. Esta subjetividad que algunos emplean para cuestionar la existencia del trastorno y, por ende, el uso de los fármacos, se apoya en que, siendo hon-

tos, en muchos casos en la práctica clínica el diagnóstico se sustenta en el entrenamiento y la experiencia clínica del facultativo, el cual se basa en la observación de la conducta, la entrevista con los familiares y el uso de escalas clínicas (DSM-5 y/o CIE-10). Aun haciendo un esfuerzo por mejorar el modelo diagnóstico como proponen los autores de *ADHD and Hyperkinetic Disorder*, 2010 (también, el Informe PANDAH, autoría compartida, 2013), sugiriendo que las evaluaciones para diagnosticar el TDAH deba realizarlas un equipo multidisciplinar compuesto por el pediatra, el neuropediatra –médico de cabecera, en el caso de los adultos–, el psiquiatra y el psicólogo clínico, la respuesta final sigue determinándola de forma aislada en la mayoría de los casos el juicio clínico del médico.



JO COMUNICACIÓ

En mi experiencia como profesional que trabaja con TDAH, soy consciente de que no todos los casos de TDAH que pasan por mis manos son en realidad tales, pero es la propia naturaleza compleja del trastorno la que dificulta precisamente la claridad del diagnóstico. La heterogeneidad del trastorno hace que no todos los niños con TDAH manifiesten los mismos síntomas ni en el mismo grado, pudiendo encontrar casos donde el afectado muestre un marcado déficit de eficacia atencional (subtipo inatento, inatento restrictivo), y otros donde la atención fluctúe entre estados de hiperconcentración y distractibilidad (déficit de atención sostenida). Además, existen diferencias significativas en los individuos afectados en cuanto al grado de actividad y reactividad emocional. De ahí que esta falta de soporte biológico y diversidad sintomatológica entre los diferentes individuos haya dado lugar al cuestionamiento del trastorno y su tratamiento prácticamente desde el origen, y al desarrollo de diferentes modelos explicativos sobre el mismo.

EVIDENCIAS DE VISIBILIDAD DE UN TRASTORNO INVISIBLE

Desde la neuropsicología, en el estudio de la relación entre cerebro y conducta, se toma como referencia el modelo neuropsicológico explicativo del TDAH basado en las aportaciones de Russell A. Barkley y, posteriormente, de Thomas Brown. Este define el TDAH como un fallo en las funciones ejecutivas y el autocontrol, el sistema de autorregulación emocional y el sistema motivacional, como consecuencia de un desequilibrio químico de los neurotransmisores noradrenalina y dopamina, en las regiones del córtex prefrontal (donde se localizan los circuitos de la atención) y los ganglios basales (relacionados con la respuesta emocional, la motivación y la recompensa). Barkley (1997) define las funciones ejecutivas como “aquellas acciones dirigidas a nosotros mismos, con el objetivo de autorregularnos y poder así alcanzar nuestras metas”, o como ejemplifica Brown (2000), las funciones ejecutivas son el “centro directivo del cerebro” y actúan como un director de orquesta. A pesar de la falta de consenso en cuanto a cuáles son las funciones que componen este centro directivo cerebral, podríamos destacar: la activación, la memoria de trabajo no verbal, la memoria de trabajo verbal (internalización del lenguaje), la planificación, la autorregulación emocional, la flexibilidad cognitiva y la monitorización de la conducta. Estos déficits ejecutivos, como consecuencia de los fallos en los circuitos neuronales implicados, impiden que los afectados por TDAH puedan proporcionar una respuesta adaptativa a las necesidades del ambiente, dando como resultado una conducta global poco funcional.

Como neuropsicóloga de la Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (CADAH), he podido corroborar a través del reporte de los padres, que son la principal herramienta de información acerca del comportamiento

de sus hijos, cómo estos déficits ejecutivos afectan significativamente al comportamiento académico y socioemocional del niño. Un ejemplo de ello es que cuando me reúno con una familia por primera vez, el escenario es similar en la mayoría de los casos: “mi hijo no se comporta como el resto de los niños de su edad”; “no podemos manejar la situación en el hogar”; “mi hijo es incapaz de asumir las responsabilidades propias de su edad”; “si hemos educado a nuestros hijos igual, ¿por qué con él resulta tan difícil?”; “no puedo más, pero me niego a drogar a mi hijo”; “aun con todos los esfuerzos, no lo consigue”. A pesar de las diferencias interfamiliares en cuanto a contexto sociofamiliar y estilo educativo, tras estas descripciones se dibuja un perfil comportamental análogo de fondo: distracción, evitación del esfuerzo, problemas y/o dificultades académicas, procrastinación, dificultades en las relaciones sociales, mala autorregulación emocional y dificultades cognitivas.

Por su parte, en las reuniones con los centros educativos, estos manifiestan una serie de quejas de un alumnado incapaz de mantener la atención durante la clase, desorganizado y olvidadizo, con facilidad para distraerse con objetos de su alrededor, que interrumpe constantemente, que no termina las tareas, que no respeta las normas de convivencia, que se bloquea en los exámenes, que presenta problemas de interacción con los iguales, etc., requiriendo por parte del personal del centro una atención más individualizada. Como ocurre con las familias, la falta de formación específica del equipo docente para identificar y atender satisfactoriamente a estos alumnos se traduce en demandas de orientación, apoyo y búsqueda de recursos externos.

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO MULTIMODAL

Así, a través del relato de las familias, el contacto con los centros educativos y mi propia experiencia clínica, he observado que el tratamiento multimodal es la opción terapéutica más eficaz. Si analizamos el gran alcance del TDAH, la solución solo podemos hallarla desde una perspectiva multidisciplinar, donde los diferentes agentes (clínicos, educadores, familia) trabajemos de forma coordinada, en que la acción de todos sea imprescindible para alcanzar un pronóstico positivo y una mayor funcionalidad. Con este telón de fondo, el instrumento básico de trabajo es, sin duda, la coordinación.

Tomando como marco de actuación esta premisa, cuando a nuestra Fundación llega un caso de TDAH por primera vez, abordamos el plan terapéutico de forma individualizada y diseñado por un equipo especialista en colaboración con el centro de salud o responsable médico. Tras la recogida de datos (entrevista familiar, informe clínico, valoración psicopedagógica) y una valoración exhaustiva de las necesidades terapéuticas del afectado, el tratamiento se construye entonces como una mesa de cuatro patas, donde cada una es imprescindible y hace

de soporte a las demás: intervención familiar, intervención educativa, intervención psicoterapéutica e intervención farmacológica.

FAMILIA Y ESCUELA, LOS PILARES

La intervención educativa con el alumnado con TDAH a cargo de los centros escolares, y así lo reconoce la LOMCE, se debiera focalizar en mejorar el rendimiento académico mediante la reeducación psicopedagógica y la adopción de medidas específicas y acciones dirigidas a la mejora de su adaptación escolar. Para garantizar esto contactamos con los centros desde el inicio de curso. Una vez efectuada la primera toma de contacto con el alumno con el que estamos trabajando en la Fundación, nos reunimos con el profesorado para plantearle el caso; de esta forma, los profesores toman conciencia de la situación del alumno y de las necesidades de este, animando e intercediendo en la comunicación con las familias y disponiendo nuestros recursos al servicio del centro. Los objetivos de esta colaboración son,

además de actuar como agente mediador entre centro y familia, conseguir una continuidad de las intervenciones que realizamos en CADAH y lograr, con nuestro apoyo, una educación de calidad adecuada a las características del alumno con TDAH que se base en el principio del aprendizaje significativo, donde el aprender esté ligado a emociones positivas (Mora, 2013).

El trabajo con las familias requiere de un esfuerzo aún mayor por nuestra parte; la falta de información, el rechazo al etiquetaje, la incapacidad para ver el problema en su conjunto, la falta de implicación, el miedo a la medicación, la incompreensión del entorno y el deterioro de las relaciones intrafamiliares por las dificultades en la convivencia, hacen que el primer paso en el trabajo con las familias sea entender y aceptar el trastorno. La intervención familiar busca informar a las familias sobre los distintos protocolos de actuación, enseñar estrategias de gestión del TDAH, reorganizar la dinámica familiar y sustituir los modelos educativos disfuncionales (autoritario, permisivo...) por un modelo educativo funcional (disciplina inductiva, apoyo conductual positivo...). El pro-

ACTUAR DESDE DISTINTOS ÁMBITOS

El TDAH, ¿es un trastorno neurológico?

Si. El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que se inicia en la infancia y sigue un curso evolutivo estable. En su etiología se combinan factores genéticos y ambientales, siendo la genética la causa principal.

¿Está sobrediagnosticado?

Al ser un trastorno cuyo diagnóstico es exclusivamente clínico, existe un elevado sesgo de subjetividad. La frecuente comorbilidad asociada al TDAH también hace que en muchas ocasiones sea difícil establecer un diagnóstico diferencial, llevando a poner la etiqueta de TDAH a otro tipo de patologías. Se trata más de una cuestión de errores diagnósticos que de "sobrediagnóstico".

¿Los fármacos son una opción?

A pesar de que la farmacoterapia para el tratamiento del TDAH ha sido un tema muy controvertido desde sus inicios, los estudios demuestran que los fármacos para el TDAH dentro de un tratamiento multimodal son la opción más eficaz en cuadros sintomatológicos de intensidad moderada-grave. En muchos de estos casos, el tratamiento farmacológico es la pieza fundamental que permite trabajar con el niño a diferentes niveles, al propiciar en este una mayor concentración y tranquilidad. Por otro lado, aquellos niños que presentan una sintomatología leve, o en niños pequeños (donde la respuesta farmacológica no ha demostrado ser una opción eficaz), es recomendable optar por formas no farmacológicas para corregir los comportamientos disfuncionales, como modificaciones ambientales y reeducación conductual.

¿Qué tipo de intervención propone?

Tanto en el caso de la infancia como de la adolescencia, el tratamiento debe ser multimodal, esto es, un tratamiento basado en la combinación de intervención psicológica, educativa, familiar y médica; que profesores, clínicos y familia sean agentes de intervención. En el caso de la familia, implica que, además de los padres, deban asumir esta responsabilidad los diferentes miembros que residan en el hogar: abuelos, hermanos mayores, tíos, etc. Esta combinación de intervenciones tiene efectos positivos tanto a corto como a medio plazo.

ceso de intervención familiar supone para la familia un gran cambio estructural, así como un duro proceso de desarrollo personal para todos sus miembros. A medida que se va avanzando en la intervención familiar, el trabajo se dirige a gestionar el sentimiento de culpa de los padres. Los prejuicios y las atribuciones de mala intencionalidad se convierten en remordimientos y autoacusaciones de los progenitores por no haber sabido ver entonces un trastorno ahora tan “evidente”. Las discrepancias iniciales ante el diagnóstico y su tratamiento y la diferencia inicial del grado de implicación de los progenitores (siendo mayor y más sacrificado el de la madre) tienden a reducirse y equiparse durante el proceso terapéutico. En la mayoría de los casos, las familias salen reforzadas de la experiencia.

De esta forma, y gracias a la receptividad de los centros de Cantabria y al esfuerzo de las familias, se establece una óptima colaboración a tres bandas (familia, escuela y CADAH), que permite dotar a los agentes familiares y escolares de herramientas de intervención en los entornos naturales del niño o niña y favorecer la generalización de resultados:

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Siguiendo el modelo neuropsicológico que define el TDAH como una limitación compleja del desarrollo de las funciones ejecutivas (necesarias para relacionarse con el entorno de un modo funcional), en Fundación CADAH centramos el trabajo directo con los afectados en el entrenamiento de las habilidades sociales y la mejora de la cognición social, el entrenamiento cognitivo (atención, memoria, razonamiento, comprensión...) y el desarrollo de la conducta autónoma a través del uso óptimo de los recursos externos (recompensas) e internos (motivación). En el caso de los adolescentes y los adultos jóvenes, además del trabajo anterior, se les guía para definir de forma clara sus metas y objetivos vitales.

Un aspecto relevante a la hora de enfocar el tratamiento del TDAH y que he podido comprobar con mi experiencia, es



que en la mayoría de los casos el TDAH no viene solo. De forma comórbida se presenta asociado a aspectos psicopatológicos, los cuales empeoran aún más el cuadro clínico. Estos problemas asociados pueden ser primarios (por ejemplo, otros trastornos del neurodesarrollo, como trastornos del aprendizaje, trastorno por tics, trastornos del espectro autista...) o bien secundarios al trastorno, como consecuencia del impacto de este (fracaso escolar, problemas de conducta, académicos, emocionales, familiares...). Esta complejidad clínica provoca que, en un número elevado de los casos, la sintomatología interfiera de forma muy significativa, no siendo suficientes las intervenciones ambientales (familia y escuela) y los recursos psicoterapéuticos para manejar, reducir y contrarrestar las conductas desadaptativas. Es en estas situaciones cuando considero que la farmacoterapia se convierte en un requisito necesario. En el caso de la adolescencia, además, la medicación cumple un importante papel, actuando como factor de protección ante posibles riesgos asociados a la edad (consumo de sustancias adictivas, accidentes, agresividad, adicción a las nuevas tecnologías, conflictos interpersonales...), incrementados por la impulsividad, la reactividad conductual, la desmotivación, la baja autoestima y la búsqueda de aprobación de los iguales, características del adolescente con TDAH.

La decisión de comenzar con la farmacoterapia suele provenir de diferentes vías: en ocasiones, es el propio centro escolar quien no viendo una mejoría aconseja a los padres adoptar otro tipo de medidas más eficaces; en otras, son los propios padres quienes impacientes y agotados buscan y recogen información del entorno sobre otras posibles alternativas terapéuticas, y en la mayoría de los casos, son los propios facultativos o personal clínico quienes recomiendan y plantean esta opción terapéutica. A pesar de que los estudios demuestran una mayor eficacia y mejor pronóstico de evolución cuando se combina la medicación con una intervención psicoterapéutica (Soutullo y Díez, 2007), este paso no es aceptado de igual forma por todas las familias, quienes ante este nuevo escenario es habitual que se muestren desconfiadas y reacias. Esta mala fama de la farmacoterapia para el TDAH es el resultado de la falta de información y mala publicidad (especialmente, de los psicoestimulantes) que se ha sembrado a lo largo de los años desde algunos sectores de la sociedad y de la propia comunidad clínica. Si bien es cierto que la medicación como única elección terapéutica no entrena en la adquisición de habilidades sociocognitivas ni resuelve los problemas asociados, en la mayoría de los casos la medicación para el TDAH es el bastón sobre el que apoyar el resto de las intervenciones terapéuticas, facilitando la adquisición de aprendizajes, mejorando el rendimiento académico y reduciendo la sintomatología negativa. Así, hay muchos niños en la etapa escolar que acudiendo a la Fundación desde el inicio del diagnóstico, recibiendo una intervención apoyada en una metodología específicamente diseñada para su mejoría cognitivo-conductual, intensificando las medidas educativas sumando esfuerzos desde el centro escolar y el hogar, obtienen resultados insuficientes y poco significativos.

Como psicóloga que trabaja con niños, siento la responsabilidad de barajar todas las posibles medidas no farmacológicas retrasando en lo posible el uso de la medicación en edades tempranas, pero ocurre que la realidad del niño se hace pa-

tente: "Algo me pasa y no sé qué es. No me sale hacer esto, ¿por qué?". En mi caso existen dos variables unidas por las que el planteamiento farmacológico no se puede posponer: la verbalización del niño de sus propias dificultades y hándicaps, y el riesgo de fracaso escolar en edades tempranas. Considero las consecuencias afectivas de la sensación de falta de competencia personal (baja autoestima) y del fracaso escolar predictores de problemas más graves en el futuro, más que el movimiento excesivo o la interrupción constante.

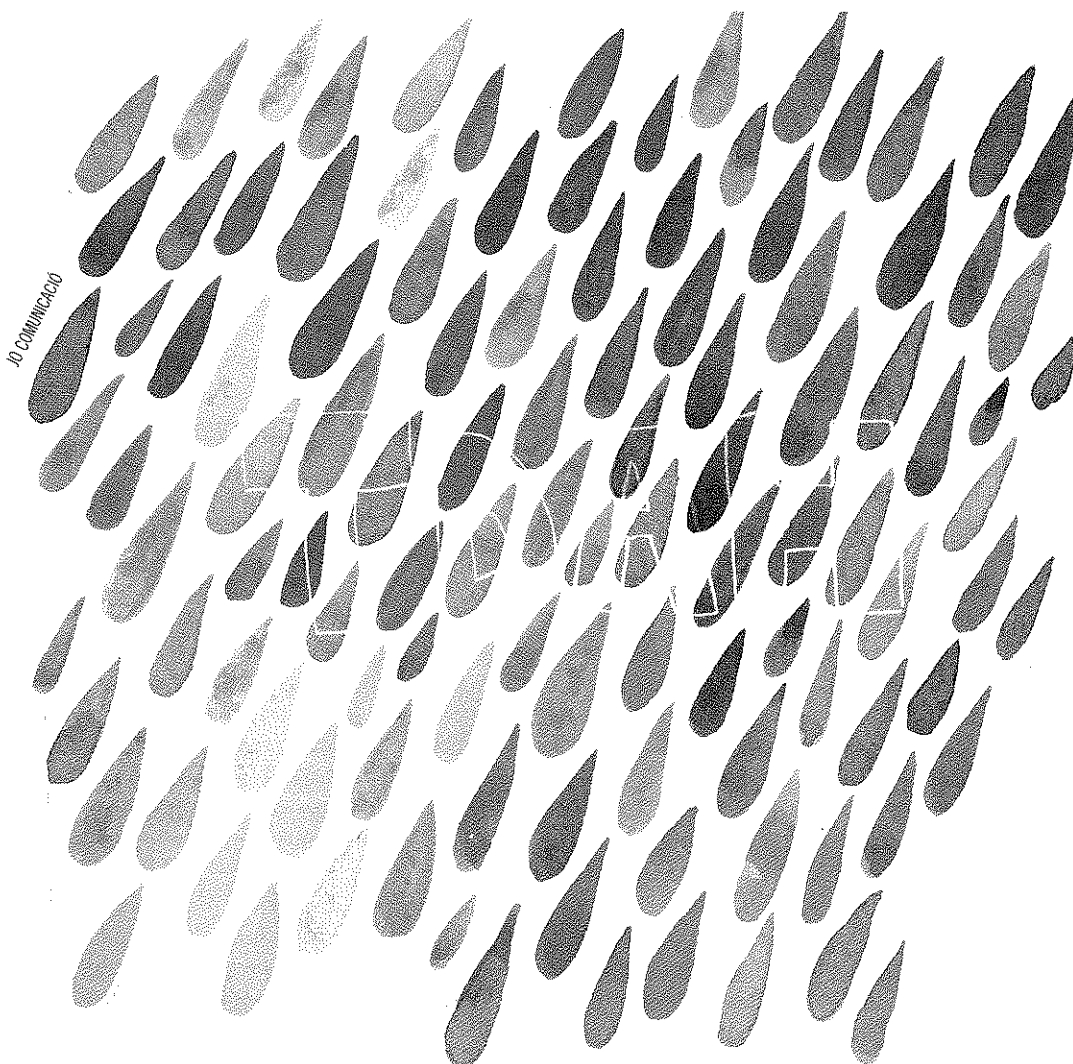
UNA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

Tras años de intervención con niños, adolescentes y adultos con TDAH, y de recoger testimonios de familias y profesores, puedo decir que estamos ante un problema real que genera un trastorno en el día a día más allá de pautas educativas disfuncionales. Me atrevo a afirmar que el TDAH no solo existe, sino que es una realidad en los centros educativos, los servicios de salud y los propios hogares. Y que, sumidos en una situación de descontrol, tensión emocional, problemas académicos e incapacidad para el manejo sintomatológico, lleva a los padres a una deriva en busca de consejo, orientación y consuelo. Eso hace que pasen por las manos de distintos profesionales de la salud (pediatras, neuropediatras, psiquiatras, psicólogos, logopedas...) y de la educación (profesores, psicopedagogos, profesores particulares...). Y que recurran incluso a tratamientos poco convencionales (optometría, dieta Feingold, terapia de estimulación auditiva, medicina naturopática...), como paso último antes de la rendición.

Desde nuestro proyecto global y sistémico con alumnado con TDAH, he podido comprobar, en todos los casos que he tratado, que el planteamiento multidisciplinar reduce considerablemente los síntomas disfuncionales y mejora la calidad de vida tanto del afectado como de su entorno.

PARA SABER MÁS

- **American Psychiatric Association (2013).** *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- **Autoría compartida (1992).** *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- **Autoría compartida (2010).** *ADHD and Hyperkinetic Disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- **Autoría compartida (2013).** *Informe PANDAH. El TDAH en España*. Barcelona: Adelphi.
- **Barkley, Russell A. (1997).** *ADHD and the Nature of Self-Control*. Nueva York: Guilford Press.
- **(2001).** "The Executive Functions and Self-Regulation: An Evolutionary Neuropsychological Perspective", en *Neuropsychology Review*, marzo, vol. 11, n.º 1, pp. 1-29.
- **Brown, Thomas E. (2000).** *Attention Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults*. Washington: American Psychiatric Press.
- **Mora, Francisco (2013).** *Neuroeducación. Solo se puede aprender aquello que se ama*. Madrid: Alianza Editorial.
- **Soutullo Esperón, César; Suárez Díez, Azucena (2007).** *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.



UN DEBATE ARTIFICIAL

El TDAH es un trastorno real que si no se trata a tiempo desde un punto de vista multidisciplinar provoca en el paciente problemas en el ámbito social, familiar, escolar y, más tarde, laboral, que sigue arrastrando a lo largo de los años. En este artículo se recogen datos que evidencian tal afirmación y, en consecuencia, la necesidad de intervención.

Fulgencio Madrid Conesa

Doctor en Derecho. Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH).

fmadridconesa@gmail.com

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la infancia y la adolescencia, y una de las principales causas de fracaso escolar y de dificultades en las relaciones sociales. Es un tras-

torno que causa un gran impacto en el desarrollo y la vida del niño, de su familia y de todo su entorno en general. Y, si no se aborda adecuadamente, puede seguir ocasionando graves dificultades también en la etapa adulta.

Sin embargo, a pesar del gran impacto que provoca este trastorno, continúa abierto en la sociedad un debate que trata de poner en duda su propia existencia. Un debate que, mientras siga planteado en esos términos, continuará dañando a las personas que sufren este trastorno y a sus familias. Porque en lugar de centrarse en las repercusiones del TDAH y en poner una solución acudiendo a profesionales expertos, esta polémica hace dudar a muchos padres sobre qué es lo mejor para sus hijos y cómo deben actuar.

NI NUEVO NI MINORITARIO

Pero empecemos por el principio para añadir algo de cordura a un debate artificial. El TDAH no es ni mucho menos un descubrimiento actual. Se suele considerar que la primera definición de lo que hoy denominamos trastorno por déficit de atención e hiperactividad (DSM-V) o trastornos hiperactivos (CIE-10) fue realizada por el pediatra George Still hace más de un siglo en un artículo publicado en la revista *The Lancet* (en 1902), que describió a 43 niños que presentaban graves problemas en la atención mantenida y en la autorregulación de la conducta.

El TDAH, además, no es un trastorno ni mucho menos minoritario. Lo padecen el 5% de los niños y adolescentes, es decir, en cada aula escolar española hay en promedio al menos un niño con este trastorno. Como el fracaso escolar y la dificultad para desarrollar y mantener relaciones sociales están tan presentes en este trastorno, es fundamental que las personas que lo padecen transiten por los cauces adecuados para poder recibir un diagnóstico y un tratamiento adecuado y, a ser posible, temprano. De otra manera, se incrementa de forma importante el riesgo de que este trastorno se arrastre a la época adulta y siga incidiendo de forma negativa en todos los ámbitos de la persona, como el laboral, el social o el de pareja.

Con la inclusión expresa del TDAH en la Ley Orgánica de Educación realizada por la LOMCE, conjuntamente con las medidas de atención y escolarización del alumnado con dificultades específicas de aprendizaje, parecía que se había dado un paso de gigante hacia el reconocimiento del trastorno.

Se suponía que solo quedaba que las comunidades autónomas, en el ejercicio de sus competencias, desarrollaran el mandato de la legislación básica estatal y se establecieran los recursos para que los escolares con TDAH tuvieran acceso al apoyo educativo al que tienen derecho. Sin embargo, no está sucediendo así, porque el debate político general sobre la LOMCE puede volver a incidir de forma negativa en las expectativas de los afectados y sus familias, que ven peligrar el desarrollo de la ley en ese aspecto específico en el que tanta ilusión habían puesto.

Y ello porque el debate político abierto en torno a la LOMCE no está teniendo en cuenta la especificidad de su regulación sobre el TDAH (como tampoco sobre los trastornos específicos del aprendizaje), sino toda la ley en su conjunto. Esto significa que las comunidades autónomas que decidan no desarrollar esta ley en sus territorios obviarán por completo la necesidad educativa de los escolares afectados por TDAH. Y ello sin tener en cuenta que el reconocimiento de las necesidades específicas de apoyo educativo del alumnado con TDAH fue aprobado por una mayoría muy cualificada del Congreso de los Diputados, que incluyó a todos los grupos parlamentarios de ámbito estatal, recibiendo solo nueve votos en contra y doce abstenciones.

Con base al amplísimo acuerdo parlamentario alcanzado, las asociaciones integradas en la FEADDAH consideramos imprescindible que el reconocimiento del TDAH en la legislación educativa se sitúe al margen del debate general sobre la LOMCE y, en consecuencia, que las comunidades autónomas desarrollen la regulación específica de las necesidades educativas del alumnado con TDAH, con el fin de asegurar que todas ellas se doten de los recursos que necesitan los afectados y sus familias.

Mientras tanto, ciertamente, se ha vuelto a crear confusión en la sociedad. Y los afectados necesitan el reconocimiento social del TDAH para que podamos alejarnos de polémicas de tertulia, carentes de base científica, y acercarnos mucho más al propio trastorno, a sus síntomas, a cómo resolver esta situación y poder dar esperanza a esas familias que ahora mismo se encuentran en una situación de incertidumbre.

ASOCIARSE PARA EVITAR LA SOLEDAD

Las primeras asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad las crearon padres y madres en cuyas familias alguno de sus hijos o hijas había sido diagnosticado de TDAH a finales de los años noventa del pasado siglo. Las familias nos encontrábamos completamente perdidas y con una carencia absoluta de información sobre un trastorno del que, en la mayor parte de los casos, no habíamos oído hablar. Y que, sorprendentemente, tampoco era un trastorno suficientemente conocido en nuestro sistema educativo y ni tan siquiera, con carácter general, en el sistema de salud.

Las familias que comenzamos a unirnos en esos primeros años partíamos de una experiencia común: el proceso que había llevado al diagnóstico de nuestros hijos había sido con carácter general excesivamente largo y azaroso, precedido de consultas a profesionales de diversas especialidades de la medicina y la psicología, con respuestas o diag-

nósticos contradictorios. Habitualmente, habíamos visto cómo a lo largo de este proceso se habían prescrito tratamientos (o, por el contrario, no se había realizado actuación terapéutica alguna) que no solo resultaban ineficaces, sino que en demasiadas ocasiones conllevaban una repercusión negativa sobre nuestros hijos e hijas en los diversos ámbitos en los que se desarrollaban: el colegio, la familia y las relaciones sociales; así como sobre la propia familia. Ciertamente, esta situación todavía se sigue produciendo con excesiva frecuencia.

LO QUE HEMOS APRENDIDO

Afortunadamente, también teníamos en común el apoyo y la ayuda de muchos profesionales expertos, lo que nos permitió acceder a información rigurosa y de calidad sobre las características de este trastorno; la diversidad de sus formas de manifestarse en cada persona; el carácter multimodal de su tratamiento; su etiología; la importante coocurrencia de comorbilidades del TDAH y otros trastornos; su carácter crónico; los riesgos que

TRATAMIENTOS INDIVIDUALIZADOS

El TDAH, ¿es un trastorno neurológico?

Conforme a la *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*, del Sistema Nacional de Salud, existe evidencia científica de que el origen del TDAH es una alteración en el funcionamiento cerebral, localizada en las áreas de la corteza prefrontal y sus conexiones con los ganglios basales. Distintos estudios han encontrado en la población pediátrica con TDAH un menor tamaño de algunas de estas áreas cerebrales. Por tanto, puede afirmarse que el TDAH es un trastorno neurobiológico.

¿Está sobrediagnosticado?

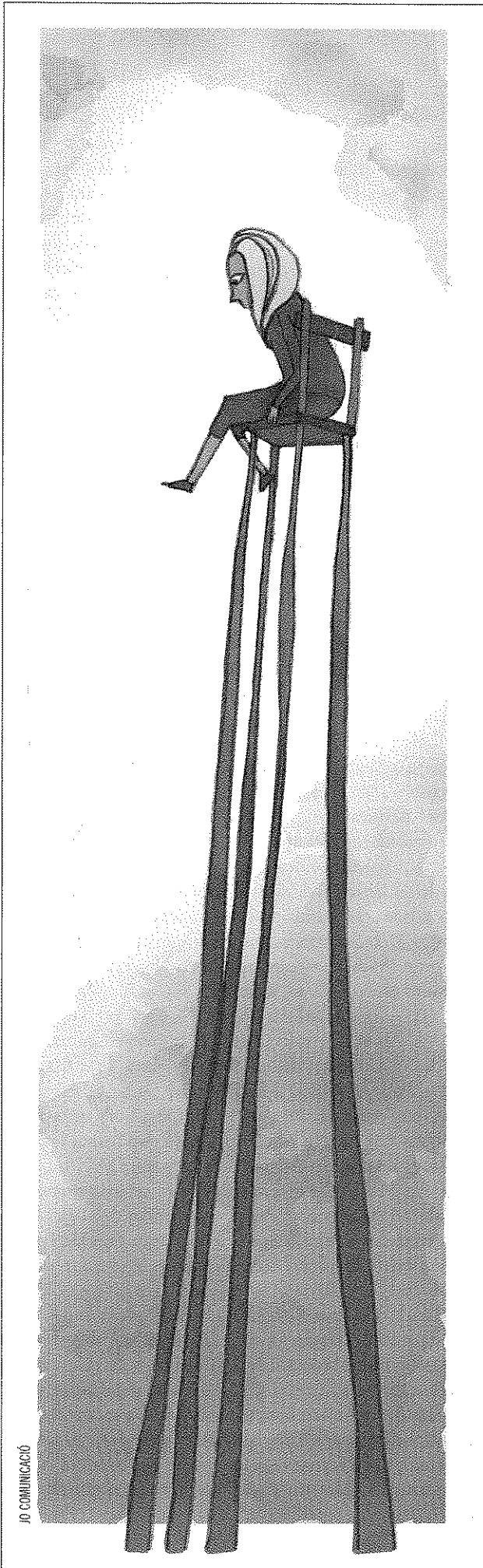
Sin duda existen diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuadamente prescritos, por lo que se debe avanzar en la formación de los profesionales para garantizar la máxima calidad de los diagnósticos y tratamientos. Al igual que para evitar la ausencia de diagnóstico o tratamiento de los afectados por TDAH, así como en la investigación sobre la fiabilidad de las herramientas diagnósticas y para el tratamiento del trastorno. Sin embargo, tal y como se recoge en el documento presentado por el grupo de trabajo Optimización del Abordaje del Trastorno por Déficit de Atención (TDAH), constituido dentro de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, con base en el metaanálisis de catorce investigaciones publicadas y en los datos aportados por los diferentes estudios analizados, no se puede sostener la idea de que el TDAH está ni sobrediagnosticado ni existe sobretratamiento. Más bien la proporción de niños tratados no refleja el total de la prevalencia, puesto que no siempre se procede al tratamiento farmacológico en los casos de TDAH y, además, muchos casos permanecen aun sin diagnosticar.

¿Los fármacos son una opción?

Efectivamente, los fármacos son una opción. El tratamiento del TDAH en niños y adolescentes tiene por objetivo mejorar los síntomas y reducir la aparición de otros trastornos asociados, ya que por el momento no existe una cura para el TDAH. La combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos tiene la potencialidad de ejercer efectos inmediatos en los síntomas del TDAH mediante la utilización de la medicación, así como efectos de larga duración gracias al desarrollo de estrategias y habilidades cognitivas y de comportamiento proporcionadas por el tratamiento psicológico.

¿Qué tipo de intervención propone?

El tratamiento del TDAH se realiza de manera individualizada en función de cada paciente y su familia. En la *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*, del Sistema Nacional de Salud, se recomienda el tratamiento combinado, que incluye tratamiento psicológico conductual, farmacológico e intervención psicopedagógica en niños y adolescentes con TDAH con repercusión moderada o grave en su vida diaria.



podían presentarse en su evolución... Y, por supuesto, sobre el imprescindible papel que nos correspondía a las familias en el tratamiento, pero también del que incumbía a los centros escolares y a los servicios de salud mental.

Por ello, la colaboración en la investigación y en la formación a las familias y a los diferentes agentes implicados en la difusión del conocimiento y en la sensibilización sobre el TDAH constituye una parte muy relevante de nuestro compromiso con las personas afectadas y sus familias.

Y fue este compromiso el que nos llevó a saber de la existencia de publicaciones científicas y metodologías de investigación homologadas y sometidas a constante revisión y crítica por la comunidad científica internacional. Aprendimos a diferenciar el significado de términos como “metaanálisis”, “ensayo clínico controlado ciego y doble ciego”, “estudio longitudinal”, “prevalencia e incidencia”, “comorbilidad” y muchos otros, así como de variados instrumentos para elaborar y evaluar el conocimiento científico. También descubrimos que existe la denominada medicina basada en la evidencia, y que las revistas científicas de referencia de ámbito nacional e internacional cuentan con comités que establecen y controlan los estándares mínimos que deben cumplir los artículos que publican. Que los análisis, estudios, comunicaciones o reseñas que contienen estas publicaciones son leídos, contrastados y examinados, prácticamente en tiempo real, por los especialistas en la materia de todo el mundo, que analizan con rigor y critican la metodología y otros aspectos de las investigaciones publicadas, buscan y encuentran sesgos, evalúan la calidad... Y todo ello de forma abierta y transparente, poniendo de manifiesto las fuentes de financiación y otros posibles conflictos de interés de los autores. Y comprendimos la importancia de discriminar la información sobre el TDAH según su procedencia.

Hoy las asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad somos conscientes de que, aun no siendo especialistas, tenemos el derecho, el deber y la capacidad para adquirir conocimiento sobre el TDAH y valorar la calidad de las fuentes en las que buscar información rigurosa. Y también de que realizar este aprendizaje es una responsabilidad que no podemos ni queremos soslayar.

También nos informamos de la existencia de instrumentos de validez internacionalmente reconocida como el DSM y el CIE, que incluyen y definen el TDAH y los trastornos hiperactivos, respectivamente. Y que estos instrumentos tienen validez legal en España a los efectos de la valoración de la discapacidad por causa de enfer-

medad mental conforme a lo dispuesto por el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.

Y con sorpresa también descubrimos que padecer TDAH supone una limitación para la obtención del permiso de conducir vehículos a motor, e incluso una prohibición absoluta con relación a determinados tipos de vehículos, porque así lo establece el Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores.

Todo este aprendizaje sirvió para tomar conciencia de que, a pesar de que nuestra experiencia personal y asociativa ponía de manifiesto la existencia de un gran desconocimiento tanto en la sociedad como en los sistemas educativo y de salud de nuestro país, el TDAH resulta ser el trastorno del ámbito de la salud mental más frecuente en la infancia y la adolescencia... Y además, en este mismo ámbito es el más estudiado atendiendo al número de investigaciones, publicadas y en curso, a nivel mundial.

Con este bagaje hemos participado en la revisión de la *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*, del Sistema Nacional de Salud, publicada en el 2010. También hemos formado parte del grupo de trabajo que ha elaborado el documento sobre la optimización del abordaje del trastorno por déficit de atención, incluido entre los objetivos prioritarios de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en el año 2015. Y en la actualidad participamos en la elaboración de la nueva "Guía de práctica clínica sobre las intervenciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)".

LA ATENCIÓN EN EL AULA Y EN EL CENTRO DE SALUD

Pero a pesar de todo ello el TDAH ha continuado siendo un trastorno invisible, incluso negado en gran parte de los centros escolares. Y nuestros hijos e hijas, abocados al fracaso o al bajo rendimiento escolar, dañados en su autoestima y negada la posibilidad de un adecuado abordaje de sus problemas de conducta cuando estos aparecen. En definitiva, nuestros hijos e hijas eran, y todavía siguen siendo en demasiadas ocasiones, víctimas de una discriminación basada en la falta de conocimiento y formación sobre un trastorno de alta presencia en las aulas.

Es de justicia reconocer que, en los centros escolares en los que docentes y equipos de orientación querían reali-

zar adaptaciones para atender adecuadamente las necesidades específicas de apoyo educativo de los escolares afectados por TDAH, se encontraban con trabas y obstáculos sustentados por la idea de que este trastorno no se encontraba entre aquellos que conforme a la legislación educativa estatal o autonómica conllevaban el derecho a estas adaptaciones. Esta situación debería cambiar con el reconocimiento de las necesidades específicas de apoyo educativo del alumnado con TDAH realizada por la LOMCE.

El escenario no era mejor en el sistema de salud. La detección y el diagnóstico del TDAH dependía, en última instancia, de que el profesional al que la familia accedía tuviera o no formación sobre este trastorno. En definitiva, el bienestar, la salud y el futuro de nuestros hijos dependía, y depende aún hoy en muchos lugares, de la suerte. Pero incluso cuando la suerte nos depara la atención de profesionales con la formación adecuada y la mejor disposición, el acceso a recibir la parte psicoterapéutica del tratamiento del TDAH, con la periodicidad y la adaptación individualizada que requiere, todavía constituye un objetivo prácticamente imposible de alcanzar con los precarios medios de nuestro poco desarrollado e infradotado sistema de salud mental. A todo ello deben añadirse las demoras, cada vez mayores, en el acceso a los recursos públicos como consecuencia de la crisis económica y las restricciones presupuestarias que ha traído aparejadas.

Una última dificultad, pero no por ello con un menor impacto, viene constituida por la necesidad de que tanto para el diagnóstico como para el tratamiento del TDAH resulte imprescindible la comunicación y la colaboración de los sistemas educativo y de salud.

SOBRE ESPECULACIONES Y POLÉMICAS DESINFORMADAS

Con base en todo lo anteriormente expuesto, las asociaciones de familiares y afectados por TDAH integradas en la FEAADAH consideran necesario poner de manifiesto su rechazo expreso y contundente a cualquier tipo de especulación sobre el carácter de "patología inventada" del TDAH.

A nuestro juicio, debatir sobre la existencia del TDAH implica desconocer o manipular el importante conocimiento acumulado sobre el TDAH en la comunidad científica internacional desde hace ya más de un siglo, acrisolado mediante multitud de estudios e investigaciones publicados en revistas de referencia, sometidos de forma pública y transparente a la evaluación y control metodológico por expertos de todo el mundo. La

principal consecuencia de este tipo de polémica desinformada es que estigmatiza a los afectados y a sus familias, y obstaculiza el derecho a un diagnóstico temprano y al tratamiento adecuado para los afectados por una de las patologías de la esfera de la salud mental con mayores riesgos de generar repercusiones muy incapacitantes en las principales áreas de la vida de las personas que lo padecen.

La sociedad debe ser consciente de que la evidencia científica pone de relieve que el TDAH, en la infancia y adolescencia, perturba gravemente el desempeño educativo, que lleva en muchos casos al fracaso escolar; el funcionamiento de las familias; las relaciones con los compañeros; las actividades comunitarias, y la salud de los afectados. En la edad adulta también se ha constatado que el TDAH repercute negativamente en áreas tales como las conductas sexuales de riesgo, el abuso de sustancias y las adicciones, la conducción temeraria de vehículos y los accidentes, la actividad laboral y, en muchas ocasiones, la aparición de conductas antisociales y delictivas.

Para poner en cuestión la existencia de un trastorno como el TDAH, al igual que para cualquier otra patología, se debe exigir el mismo nivel y rigor que los estudios e investigaciones que fundamentan su definición clínica y no la mera emisión de opiniones o creencias. Sobre todo cuando podemos constatar que las opiniones negacionistas se publicitan a través de los medios de comunicación o en libros y publicaciones dirigidos al público en general, generando un enorme daño en las personas afectadas y sus familias. Pero no se exponen en las revistas y publicaciones, congresos y reuniones científicas en las que el debate, existente y necesario, tiene que ver con la calidad de los diagnósticos y las herramientas para realizarlos; la eficacia de los tratamientos y el grado y calidad de la evidencia científica sobre los mismos; la consistencia de los resultados de las investigaciones sobre las implicaciones genéticas y neurológicas del TDAH y otros muchos aspectos de indudable relevancia, pero no sobre la existencia del trastorno en sí.

Es necesario superar esta falsa polémica para pasar a la acción para la mejora de la calidad de los instrumentos diagnósticos, para evitar los errores que todavía se producen contra el impacto del trastorno, y también de cada uno de los instrumentos que puede requerir el adecuado tratamiento del TDAH: psicológicos, farmacológicos, pedagógicos y sociales. Porque el abordaje multidisciplinar del trastorno por déficit de atención, basado en el conocimiento que aporta la investigación científica, permite importantes mejoras en la calidad de vida y ofrece un futuro a quienes lo padecen.

LA CONSTRUCCIÓN DE UN MARCO INSTITUCIONAL

A juicio de la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad y de las asociaciones que la integran, resulta imprescindible que se aborde, con la participación y la colaboración de todos los agentes implicados, la dramática situación a la que se ven sometidas las personas afectadas por el TDAH como resultado de la perversa interacción entre la carencia de respuesta adecuada en los sistemas educativo y de salud y las dificultades específicas asociadas al diagnóstico y el tratamiento de este trastorno. Para ello ha definido como un objetivo prioritario de su actuación trabajar a favor de la articulación de un marco institucional que favorezca la detección, diagnóstico y tratamiento del TDAH y que garantice el reconocimiento y el respeto de los derechos de las personas afectadas.

La elaboración y revisión de la *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del TDAH*; la formulación de un objetivo específico en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud dirigido a la mejora de su abordaje; el reconocimiento de las necesidades educativas específicas de los escolares afectados en la legislación básica estatal y en la normativa autonómica que la desarrolla, así como el establecimiento de protocolos de coordinación entre los sistemas de salud, educativo y de servicios sociales para su detección, diagnóstico y tratamiento, constituyen hitos en la articulación del citado marco institucional.

Concluyo estas reflexiones, dirigidas a la comunidad educativa desde la experiencia del movimiento asociativo de familiares y afectados por el TDAH, con la transcripción de la Moción, aprobada de forma unánime por el Senado el 14 de octubre de 2015. A nuestro juicio, la unanimidad de los representantes de la ciudadanía en la Cámara de representación territorial en torno a esta resolución marca otro hito en este camino que la familia y la escuela deben transitar juntos para hacer posible que los escolares con TDAH puedan desarrollar sus capacidades y afrontar el futuro con esperanza: "El Senado insta al Gobierno a, en colaboración con las comunidades autónomas y en el seno del Consejo Interterritorial de Salud, protocolizar el abordaje de los pacientes con TDAH, mejorando sobre todo la transición del adolescente desde los servicios infantiles de psiquiatría hasta los del adulto, a través del establecimiento de programas que mejoren la comunicación entre psiquiatría infantil y los servicios de adultos, para que esta transición sea mucho más organizada y protocolizada; y en el ámbito educativo, colaborar con las comunidades autónomas para la puesta en común de protocolos de actuación y buenas prácticas en la atención a los alumnos con TDAH".

PARA SABER MÁS

Repertorio bibliográfico y de sitios web para abordar a fondo el tema del TDAH y de su tratamiento en el ámbito educativo. Este es un Para Saber Más singular, porque en realidad incluye dos propuestas diferenciadas: las que han preparado para *Cuadernos de Pedagogía* cada una de las dos coordinadoras de este Tema del Mes. El debate está servido.

Heike Freire
Periodista.

M.^a Carmen García Miraz
Psicopedagoga.

PROPUESTA 1

Freire, Heike (2013). *¿Hiperactividad y déficit de atención? Otra forma de prevenir y abordar el problema.* Barcelona: RBA.

Partiendo de un enfoque social y ambiental, la autora propone un cambio de perspectiva a la hora de abordar el TDAH. En lugar de situar el problema en los organismos infantiles y sus “anomalías” conductuales, cerebrales, genéticas o bioquímicas, pone el foco en los entornos familiares, sociales y educativos en los que evoluciona la infancia de hoy. Dichos entornos no consiguen satisfacer adecuadamente necesidades básicas para un desarrollo saludable de los individuos de nuestra especie como son el movimiento, el tacto, los vínculos afectivos y el contacto con la naturaleza. No son los niños sino nuestra sociedad la que está enferma.

García de Vinuesa, Fernando; González Pardo, Héctor y Pérez Álvarez, Marino (2013). *Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil.* Madrid: Alianza.

Tras revisar la historia, los criterios diagnósticos, la evidencia neurobiológica y genética y el funcionamiento de la medicación, los autores de esta obra llegan a la conclusión de que el TDAH carece de entidad clínica. Sus “síntomas” tienen que ver con problemas de conducta, no con una enfermedad orgánica ni tampoco mental. Algunas de las dificultades que tenemos los adultos con la atención, la

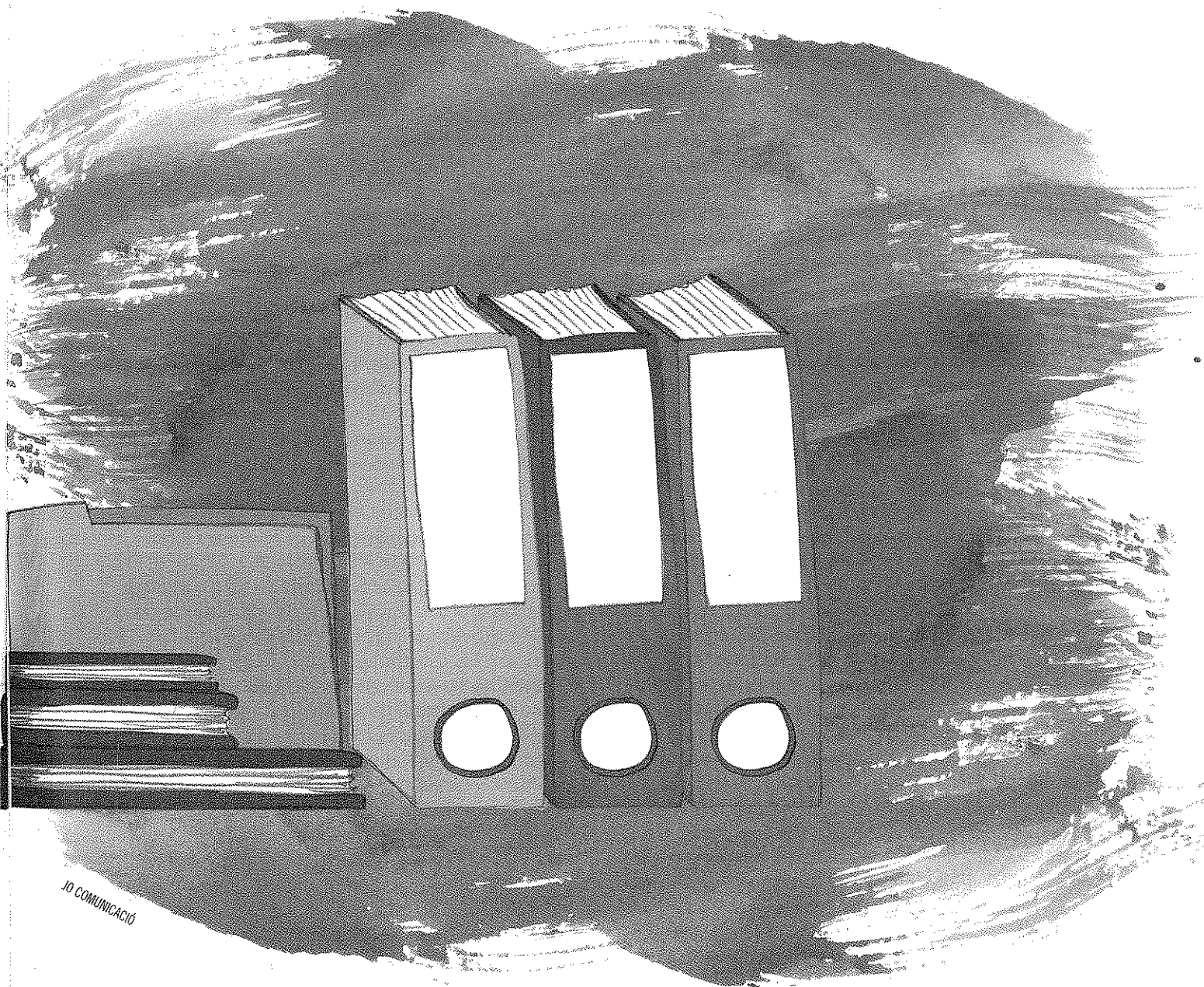
actividad y el humor de los niños están siendo capitalizadas por la industria farmacéutica para comercializar medicamentos, bajo el supuesto de que son enfermedades cerebrales. Educar es mucho más complicado de lo que parece, y el comportamiento de algunos niños y niñas supone un reto en este sentido.

Moncrieff, Joanna (2013). *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos.* Barcelona: Herder.

¿El sufrimiento psíquico puede equipararse con el dolor físico? La autora plantea la dificultad de identificar, comparar y medir los trastornos mentales. Desde los años sesenta del siglo xx, la profesión médica parece haber asumido como verdadera una simple hipótesis: que los trastornos del comportamiento están causados por desequilibrios neuroquímicos localizados en el cerebro. Problemas que antes eran vistos como propios de sistemas sociales o interpersonales, se atribuyen a causas cerebrales y se tratan con fármacos que producen estados de intoxicación cuyo efecto secundario puede ser el alivio de algunos síntomas. Contiene un capítulo específico sobre los estimulantes aplicados en el TDAH.

Ubieta, José Ramón (2014). *TDAH. Hablar con el cuerpo.* Barcelona: UOC.

Niños movidos y desatentos en relación con los aprendizajes los ha habido siempre. La novedad radica en la mentalidad contemporánea, ligada a la prisa y a una no-



JO COMUNICACIÓ

ción del tiempo que no contempla la espera ni el espacio necesario para comprender. Este libro señala la importancia de la subjetividad para comprender el TDAH: la subjetividad de la época en primer lugar, ligada a lo *fast*. La subjetividad de los sujetos diagnosticados de TDAH, cuyos cuerpos agitados expresan un malestar que confluye en unos síntomas, pero que responde a situaciones muy diversas. Y la subjetividad de los profesionales que intervienen: educadores y clínicos, que no pueden pensarse fuera del cuadro en el que se dibujan junto a los pacientes o educandos.

En la red

Por un Consenso Clínico del TDAH
<http://consensotdah.blogspot.com>

Manifiesto de un amplio grupo de profesionales e instituciones contra el “Protocolo para el manejo del TDAH infantojuvenil en el sistema sanitario catalán”, presentado por el Departamento de Salud de la Generalitat el pasado mes de mayo. Los firmantes denuncian la tendencia a patologizar y medicalizar la infancia, el desprecio

hacia la diversidad de enfoques en la práctica clínica y el atentado contra la libertad de elección de los pacientes. Hacen un llamamiento para la elaboración de una guía clínica consensuada con representantes de todos los ámbitos de la salud, la educación y el bienestar social y familiar.

Yo Amo a Alguien con... ¿TDAH?

<http://yoamoaalguiencontdah.blogspot.com.es>

Jordi Badia, padre de un niño diagnosticado con TDAH, empezó a buscar alternativas que le permitieran dar un rumbo nuevo al tratamiento de su hijo, y decidió compartirlas en este blog. Una página con muchísima información, la mayoría actualizada, a veces difícil de conseguir por otros medios.

Landscape and Human Health Laboratory

<http://lhhl.illinois.edu>

Web del Landscape and Human Health Laboratory ('Laboratorio del paisaje y la salud humana'), de la Universidad de Illinois, un grupo de investigación multidisciplinar dedicado al estudio de las conexiones entre los entornos verdes y la salud humana, entendida en un sentido amplio. El grupo ha desarrollado en los últimos años varias investigaciones sobre el TDAH en Estados Unidos, y ha comprobado como la naturaleza mejora significativamente los síntomas de la hiperactividad y el déficit de atención.

Entrevista a Jorge L. Tizón

<http://www.ccma.cat/tv3/alcarta/retrats/jorge-l-tizon-empastillats/video/5477271>

"Empastillats" ('Empastillados') es una entrevista con Jorge Tizón para el programa *Retrats*, de TV3. El experto en salud mental alerta sobre los altos niveles de consumo de fármacos en nuestro país, primero del mundo en ventas de hipnosedantes y segundo en antidepresivos. Para Tizón, los trastornos psíquicos se tratan como si fuesen enfermedades orgánicas cuando no lo son, y algunos psiquiatras son fuertemente presionados para que mediquen a los niños.

PROPUESTA 2

Autoría compartida (2006). *El alumno con TDAH. Guía práctica para educadores.* Barcelona: Fundación Adana. Disponible en: [http://www.fundacionadana.org/sites/default/files/LIBRO_ALUMNO_TDAH_\(11\)_indd_1.pdf](http://www.fundacionadana.org/sites/default/files/LIBRO_ALUMNO_TDAH_(11)_indd_1.pdf)

La Fundación Adana se constituyó en 1997 con el objetivo de "mejorar la calidad de vida de las personas con TDAH".

La guía referenciada, disponible gratuitamente en formato pdf en la web de la Fundación, ya va por la cuarta edición (2011). Ofrece pautas y orientaciones concretas para maestros y familias. Dedicó el capítulo 15 a reflexionar sobre las ventajas e inconvenientes de incluir los fármacos como parte del tratamiento del TDAH.

Autoría compartida (2011). "TDAH. Programa de intervención educativa", en *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, vol. 1, n.º 1, pp. 621-628.

Asumiendo que el tratamiento del TDAH debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinar, los autores destacan en este trabajo la importancia de aplicar pautas específicas en el aula. Proponen un plan de intervención para el contexto escolar, detallando fases y pasos a seguir con el fin de enseñar técnicas de autocontrol y estudio, potenciar el pensamiento reflexivo, reducir la impulsividad y fomentar el razonamiento.

Colección Cuento Contigo. Madrid: Editorial CEPE.

La impulsividad y la falta de control emocional son características de muchos niños con TDAH. Esto conlleva a menudo dificultades en las relaciones con adultos y también con los compañeros. Con el objetivo de desarrollar habilidades sociales, estos cuentos, adecuados tanto para el contexto familiar como para el escolar, permiten trabajar la empatía y la regulación emocional con niños con TDAH y con cualquier niño que tenga problemas para relacionarse con su entorno. Actualmente existen siete títulos: *Mi mamá es verde, mi vecino naranja; Elena y el camino azul; Preparándome para ir de cumpleaños; La gymkhana de emociones; Hacer amigos; Así no se juega.*

Zapico Merayo, Yolanda; Pelayo Terán, José María (comps.) (2012). "TDAH: una visión multidisciplinar", en *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, vol. 11, n.º 2, monográfico.

El número analiza, en primer lugar, cómo se ha llegado a la polémica actual respecto al TDAH y cómo ha evolucionado el concepto desde su origen. A continuación se propone un protocolo de intervención, detallando la función de cada uno de los servicios implicados en la detección y tratamiento del trastorno. Los dos artículos siguientes reflexionan sobre el papel del psicólogo clínico y de la escuela, respectivamente, en el trabajo con niños diagnosticados con TDAH. Se debaten también posibles líneas de intervención colaborativas entre diferentes servicios que pueden beneficiar a niños con conducta disruptiva. Se dedica un artículo a las características del TDAH en la etapa adulta. Y, finalmente,

se analizan las principales controversias surgidas en torno al trastorno. Interesante visión de psicólogos y psiquiatras asturianos y leoneses, quienes apuntan que el diagnóstico del trastorno es un constructo revisable pero que actualmente existen evidencias para afirmar que “los tratamientos multimodales pueden ser altamente eficaces”.

En la red

Carta de una madre a su hijo con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Blog del juez de menores Emilio Calatayud.

<http://www.granadablogs.com/juezcayatayud/2011/03/carta-de-una-madre-a-su-hijo-con-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad>

Este testimonio y los comentarios que hacen otras familias tras leer el *post* permiten tomar conciencia de lo que implica empezar de nuevo la relación con un hijo tras recibir un diagnóstico de TDAH. Comprender situaciones que hasta el momento habían generado dolor, incertidumbre, enfado y frustración, y afrontarlas con esperanza de la mano de especialistas, ha abierto las puertas al éxito académico y a la armonía familiar para muchos niños y niñas. Asumir que, efectivamente, un hijo es diferente y que esa diferencia no conlleva solo hándicaps, sino que simplemente requiere adaptaciones del entorno, supone el paso necesario para caminar en la dirección correcta.

Clínica Universidad de Navarra. “10 mitos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad”

<http://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/diez-mitos-tdah-deficit-atencion-hiperactividad>

El desconocimiento sobre el TDAH dificulta la aplicación de pautas que aumenten las posibilidades de que el niño pueda ser feliz en el entorno escolar y familiar. En la web de la Clínica de la Universidad de Navarra se intenta arrojar luz sobre alguno de los puntos que más se debaten respecto al trastorno, como son, por ejemplo, sus síntomas, la edad de las personas que lo padecen o la conveniencia de medicar. Se trata de breves pinceladas que destacan la necesidad de dejarse asesorar por especialistas.

FAROS Sant Joan de Déu

<http://faros.hsjdbcn.org/es>

Plataforma digital de promoción de la salud y el bienestar infantil del Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) de Barcelona. Dirigida a los padres y también a profesionales de la salud y la educación, proporciona información para fomen-

tar valores y hábitos saludables. Comparten textos de elaboración propia y también de otras fuentes, siempre bajo la supervisión de profesionales del Hospital. La información se agrupa por temáticas y también por edades, e incluye datos y consejos útiles relativos a los trastornos de conducta y aprendizaje.

Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad

<http://www.feaadah.org>

Con doce años de andadura, el equipo de la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH) tiene entre sus objetivos prioritarios la pretensión de establecer protocolos coordinados de actuación entre Sanidad y Educación en todas las comunidades autónomas. Con información específica para cada perfil (familias, docentes, adolescentes o adultos con TDAH), aporta recomendaciones útiles encaminadas a minimizar sentimientos de frustración en la persona diagnosticada con TDAH y en su entorno. Es interesante el apartado “Mitos”, en el que se comentan algunas creencias que actualmente están alimentando el debate sobre el trastorno.

Fundación CADAH

<http://www.fundacioncadah.org>

La Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad, fundada en el 2006, colabora con los centros escolares en el tratamiento del TDAH. Tiene entre sus objetivos dar a conocer las necesidades de los afectados y sus familias. Su página web está repleta de artículos breves pero muy esclarecedores sobre todas las cuestiones relacionadas con el trastorno que despiertan dudas. Muy interesante es, por ejemplo, la información relativa a la comorbilidad del TDAH: son muchos los síntomas que aparecen asociados cuando un niño tiene TDAH, y en ocasiones es sobre estos síntomas sobre los que hay que actuar primero para poder llevar a cabo un tratamiento eficaz; vale la pena conocerlos.

También destacamos el artículo “La importancia de la teoría de las inteligencias múltiples en el TDAH”, que presenta un enfoque recientemente planteado para aumentar las oportunidades de éxito académico de los alumnos con TDAH. Se trata básicamente de centrarse en los puntos fuertes que tienen estos niños, teniendo en cuenta el tipo de inteligencias relacionadas con estas fortalezas. Si este planteamiento es útil para todos los estudiantes, el artículo sugiere que será especialmente adecuado para aprovechar el talento natural del alumnado con TDAH. Disponible en: <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/la-importancia-de-la-teoria-de-las-inteligencias-multiples-en-el-tdah.html>