

RADIOGRAFÍA DE LA HIPERACTIVIDAD, ¿ES NECESARIA LA INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA?

REDACCIÓN DE INFOCOP

La prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ha alcanzado, en las últimas décadas, dimensiones epidémicas. Con esta afirmación, numerosos expertos han definido el vertiginoso aumento que se ha ido registrando en el número de casos diagnosticados como TDAH.

Pero, ¿es realmente tan elevada su prevalencia? Según la Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association-APA*), el porcentaje de niños diagnosticados con TDAH se sitúa entre un 3% y un 5% de la población infantil. No obstante, una rápida mirada a través de los diversos estudios epidemiológicos que se han llevado a cabo, nos muestra resultados muy variables entre ellos, sobre todo al comparar las cifras de diferentes países. Para algunos investigadores, la razón subyacente de estas diferencias, radicaría en la variabilidad en las características metodológicas de las investigaciones (población estudiada, sistema de clasificación aplicado, diferencias culturales, etc.) (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007), así como en las transformaciones por las que han ido pasando los mismos sistemas de nosología psiquiátrica, relativas a su conceptualización, al número y a la combinación de criterios necesarios para su diagnóstico (Peña & Montiel-Nava, 2003).

Esta explicación resulta razonable, teniendo en cuenta los numerosos cambios conceptuales que, a lo largo de los años, ha sufrido la definición de la hiper-

actividad (déficit de control moral, síndrome de impulsividad orgánica, disfunción cerebral mínima) hasta su actual nomenclatura (trastorno por déficit de atención e hiperactividad), todos ellos, con el propósito de agrupar bajo una única etiqueta una serie de síntomas, y hallar una explicación plausible para su etiología, que oriente hacia un determinado tratamiento.

Todo este proceso ha venido de la mano de un amplio volumen de investigaciones y publicaciones, que, lejos de hallar evidencias sólidas que identifiquen las causas del TDAH, no han hecho sino provocar una escisión de opiniones entre los diferentes profesionales, con base en la postura teórica de cada uno. De este modo, mientras que unos apoyan la teoría de una etiopatogenia genética y neurobiológica —a pesar de no contar en la actualidad con marcadores biológicos consistentes que nos permitan diagnosticar el TDAH (Timini, 2004)—, y otros defienden la intervención de los modelos de sociedad y los factores educativos en detrimento de

la hipótesis orgánica, hay quien va más allá y pone en tela de juicio la existencia misma de la hiperactividad, considerándola como una invención sin base científica, que cuenta con el escudo protector de la industria farmacéutica (Baughman, 2006).

Esta falta de consenso entre profesionales se extiende más allá de la mera conceptualización del trastorno, y menoscaba la toma de decisiones con respecto al tratamiento. Consecuentemente, podemos hallar una amplia variedad de estudios y guías de consenso que difieren en cuanto al tipo de intervención que se considera más eficaz.

Ante este panorama, resulta lógico preguntarse entonces cuál es el tratamiento más adecuado para el abordaje del TDAH. Si atendemos a la Guía de Práctica Clínica para el TDAH del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) de Reino Unido, las recomendaciones proponen la intervención psicosocial frente a la farmacológica, como tratamiento de primera línea en niños y adolescentes. Es imprescindible subrayar



aquí el papel fundamental que juegan los psicólogos a la hora de implementar este tipo de tratamientos.

Sin embargo, es la intervención farmacológica la que está cobrando un mayor peso, no sólo entre los profesionales de la salud, sino también en nuestra sociedad, donde cada vez está más arraigada la creencia de que es el tratamiento más eficaz para abordar la hiperactividad -a pesar de que, como ya hemos señalado con anterioridad, no hay evidencias sólidas que lo apoyen-,

De hecho, los últimos datos muestran un crecimiento alarmante en el número de prescripciones de psicofármacos, directamente proporcional al número de diagnósticos de hiperactividad.

El incremento es tal, que la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través del Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha hecho un llamamiento a los profesionales de la Salud Mental infanto-juvenil, urgiéndoles a realizar un diagnóstico “correcto y estricto”, y a establecer un tratamiento farmacológico “solamente con posterioridad a la tentativa de otro tipo de tratamientos psicopedagógicos y/o conductuales” (García Peñas & Domínguez Carral, 2012).

De forma más específica, UNICEF ha alertado sobre la tendencia generalizada en España a prescribir medicación a niños con TDAH, y ha recomendado elaborar un profundo análisis de la relación de los condicionantes sociales con la Salud Mental infantil y el tratamiento, instando a adoptar “iniciativas para proporcionar tanto a estos niños como a sus padres y maestros, acceso a la amplia gama de tratamientos y medidas educativas y psicológicas existentes”.

El Servicio Navarro de Salud-Osasun-

bidea da un paso más, y alerta, a través de un informe, de la falta de evidencia científica en torno al diagnóstico de hiperactividad, y de la necesidad de que los fármacos empleados en las terapias se utilicen “sólo de forma excepcional”, dados sus “efectos adversos cardiovasculares, psiquiátricos y endocrinos”.

En este punto, no podemos dejar de plantearnos en qué medida los supuestos beneficios del fármaco compensan los efectos secundarios que puede conllevar su consumo. A este respecto, en EEUU, la *Food and Drug Administration* (FDA) ha solicitado a los fabricantes de medicación para el TDAH, que incluyan advertencias sobre “el riesgo cardio-vascular y nuevos síntomas psiquiátricos que pudieran producir”. Estas recomendaciones, según **Tom Laughren**, director de la División de productos Psiquiátricos de la FDA, se basan en informes de muerte súbita por infarto en niños menores de 18 años sin riesgo, relacionadas con la toma de estos fármacos (ver, www.ccdh.info).

Sin ir más lejos, en nuestro país encontramos una relación de estos efectos secundarios en la base de datos española de farmacovigilancia (FEDRA) donde se recoge, hasta septiembre de 2013,

un total de 264 sospechas de reacciones adversas (185 graves) a metilfenidato y 104 sospechas (85 graves) sobre atomoxetina. Con ambos fármacos, los efectos más frecuentemente notificados corresponden a trastornos de la esfera psiquiátrica, destacando 22 casos de alucinaciones con metilfenidato y 11 casos de ideación suicida con atomoxetina. Esta información resulta alarmante, si tenemos en cuenta que España se encuentra entre los principales consumidores mundiales de metilfenidato, manteniendo un crecimiento exponencial constante.

Pero sin duda, algunas de las afirmaciones que más han impactado por la dureza de sus críticas, han sido las que contiene el informe *Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el TDAH*, realizado por la Agencia Vasca de Tecnologías Sanitarias Osteba, donde se pone en entredicho la existencia de la hiperactividad como enfermedad, y se alerta sobre el “creciente” e “indiscriminado” uso que se está haciendo de los psicoestimulantes para su tratamiento. El documento advierte también que la mayoría de las guías de práctica clínica del TDAH, principalmente las españolas,

“fallan en aspectos tan importantes como la rigurosidad de la metodología utilizada” y están financiadas por la industria, que fabrica y comercializa la medicación.

No menos impactantes son las revelaciones de **Allen Frances**, psiquiatra y presidente del grupo de trabajo del DSM-IV, al afirmar que “el afán de las farmacéuticas por encontrar un nuevo trastorno y convertirlo en moda” ha sido, en gran parte, la razón de la existencia, hoy en día, de tres nuevas falsas epidemias de trastornos mentales infantiles: el TDAH, el trastorno bipolar y el autismo. A este respecto, puntualiza: “la forma más fácil de predecir que un niño va a padecer TDAH es su cumpleaños. Si eres el niño más pequeño de tu clase, tienes el doble de posibilidades de padecerlo que si eres el más mayor. Estamos transformando la inmadurez en enfermedad, y en vez de tratarla en clase, estamos gastando millones de dólares en medicamentos”.

Todas estas declaraciones son tan sólo una muestra de la multitud de críticas que, tal y como comentábamos al inicio de este artículo, han ido surgiendo en torno al rol de la industria farmacéutica en el sobrediagnóstico y el sobreatamiento del TDAH. Empero, a raíz de la puesta en marcha en los últimos dos años, de un amplio movimiento legisla-

tivo europeo orientado a impulsar el estudio y abordaje del TDAH, estas críticas se han avivado, al cuestionarse los fundamentos e intereses que han movilizado estas iniciativas políticas (García de Vinuesa, González Pardo y Pérez Álvarez, 2014).

Tal es el caso del Libro Blanco europeo sobre el TDAH, *ADHD: making the invisible visible* (TDAH: haciendo visible lo invisible), -un documento dirigido a los responsables políticos nacionales y europeos, y financiado principalmente por la compañía farmacéutica Shire, donde se perfilan posibles estrategias para abordar la hiperactividad de forma eficaz-; o las diversas iniciativas promovidas por el Gobierno español, entre las que se incluye la aprobación de una *Proposición No de Ley sobre la necesidad de fijar un Día Internacional del TDAH*, la futura actualización de la Guía de Práctica Clínica del

Sistema Nacional de Salud, y la reciente mención específica del TDAH dentro de la nueva *Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE)*, así como su inclusión como beneficiarios de las ayudas para el alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo.

Para hablarnos en profundidad sobre este tema tan polémico, *Infocop* entrevista a continuación a **Marino Pérez Álvarez**, psicólogo Especialista en Psicología Clínica y catedrático del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo, que, junto con **Fernando García de Vinuesa** y **Héctor González Pardo**, es coautor del Libro *Volviendo a la normalidad. La Invención del TDAH y del Trastorno bipolar infantil*, una obra donde se aborda de forma específica cada una de las cuestiones explicadas a lo largo de este artículo.

REFERENCIAS

- García Peñas, JJ. y Domínguez Carral, J. ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? Evid. Pediatr. 2012; 8: 51
- Lasa-Zulueta, A. y Jorquera-Cuevas, C. Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBANº 2007/09
- Lasa-Zulueta, A. El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. Psico-patol. Salud ment. 2007, M2, 9-16
- Peña, JA. y Montiel-Nava, C. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad? Rev. Neurol. 2003; 36: 173-9

Infórmate

Tus noticias siempre al día

www.infocoponline.es

www.infocoponline.es

Consejo General de la Psicología de España

LOS INTERESES QUE HAY DETRÁS DEL DIAGNÓSTICO DEL TDAH

ENTREVISTA A MARINO PÉREZ ÁLVAREZ

REDACCIÓN DE INFOCOP

En los últimos años, el estudio sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ha suscitado una gran controversia. A pesar de la multitud de investigaciones surgidas en torno a este trastorno, sigue sin existir consenso ni claridad en muchos de los aspectos que conforman el TDAH y su abordaje, lo que ha provocado una división en la comunidad científica, clínica y educativa.

Así, mientras que una parte afirma que se trata de un trastorno neurobiológico cuya elevada prevalencia representa un “problema de salud pública”, la otra pone en tela de juicio la existencia misma de la hiperactividad, considerándola como una invención sin base científica parapetada tras la industria farmacéutica, cuya influencia tanto en la elaboración y desarrollo de Guías de Práctica Clínica (especialmente la española), como en el DMS (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) ha sido ampliamente cuestionada.

Para abordar este tema en profundidad, *Infocop* ha querido entrevistar a **Marino Pérez Álvarez**, psicólogo Especialista en Psicología Clínica y catedrático del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo, que, junto con **Fernando García de Vinuesa** y **Héctor González Pardo**, es coautor del Libro *Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*, a través del cual se realiza una amplia reflexión sobre todo lo anteriormente planteado, cuestionándose, entre otras muchas cosas, si la hiperacti-



Marino Pérez Álvarez

vidad y el trastorno bipolar infantil son “entidades clínicas o en realidad son problemas normales con los niños o ni siquiera problemas que, sin embargo se patologizan”.

ENTREVISTA

Infocop: *Para introducir el tema, ustedes presentan su obra como una extensión al ámbito infantil de su anterior libro “La invención de los Trastornos Mentales” (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007), ¿podría explicarnos el planteamiento de partida de este nuevo libro?*

Marino Pérez Álvarez: El libro anterior estaba centrado en el ámbito adulto, donde mostramos cómo, por ejemplo, la industria farmacéutica había logrado convertir la timidez de siempre en la categoría diagnóstica de fobia social, había recortado los síntomas más somáticos de la ansiedad para sacar el trastorno de pá-

nico o había lanzado la depresión a niveles epidémicos, todo como estrategia para comercializar ciertos fármacos. Muchos nos preguntaban si algo de esto no estaría ocurriendo también en la infancia, señalando siempre al TDAH.

I: *En páginas iniciales nos hablan del fenómeno de “Mcdonalización de la infancia”, ¿en qué consiste y cómo se relaciona con el TDAH y el Trastorno bipolar infantil?*

M.P.A.: Es una expresión acuñada por el psiquiatra infantil británico **Sami Timimi** para referirse a la patologización consistente en diagnosticar y medicar problemas normales que los adultos suelen tener con los niños y los adolescentes, típicamente, problemas de conducta relacionados con la atención y la dedicación a las tareas que “debieran” (de lo que sale el TDAH), así como con los berrinches y cambios de humor (de lo que sacan el trastorno bipolar o “trastorno de la desregulación disruptiva del humor”, como viene en el DSM-5).

I: *A la hora de diagnosticar ambos trastornos, ¿qué papel juegan las clasificaciones diagnósticas, tales como el DSM y el CIE?*

M.P.A.: Juegan un doble papel, como presunta descripción de entidades diagnósticas ahí dadas y como legitimación para su uso clínico y político (estadístico, criterios para prestación de ayudas, priorización de temáticas de investigación). Sin embargo, tales sistemas de clasificación carecen de validez (discri-

minativa, predictiva y conceptual), por más que puedan tener fiabilidad. Como bien sabe cualquier psicólogo, la fiabilidad no garantiza que aquello medido sirva para lo que se mide. Esta falta de validez está reconocida por importantes instituciones dentro la propia psiquiatría, entre ellas el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU y la Red de Psiquiatría Crítica que lidera una campaña para la abolición precisamente de esos sistemas, por no hablar de otras instituciones y campañas como la Campaña Internacional Stop DSM de la plataforma A favor de la Psicopatología Clínica, que no Estadística, así como la posición crítica de la Asociación Británica de Psicología con su llamamiento internacional para abandonar definitivamente el modelo de “enfermedad y diagnóstico” en salud mental.

I: *Centrándonos ya en el TDAH, ¿por qué su aceptación está tan generalizada? ¿Realmente es más frecuente de lo que se cree?*

M.P.A.: Aunque está en entredicho, su aceptación es amplia, si es que no generalizada. Ello se debe a una armonización de intereses, donde el problema vino curiosamente después de la solución. El caso es que el TDAH, como diagnóstico oficial, supone una solución para padres, clínicos, profesores, investigadores, políticos y fabricantes de fármacos. Así, los padres que están desbordados con problemas de atención y actividad de sus hijos, encuentran en el diagnóstico una explicación relativamente “tranquilizadora”, un tratamiento por lo común medicación (como en cualquier enfermedad), así como comprensión, y puede que subvenciones de los laboratorios y del Gobierno. Por su parte, los clínicos “identifican” problemas más frecuentes de lo que se creía

(según reza un eslogan) y, en particular, pediatras y psiquiatras dan “soluciones” establecidas, y los psicólogos y psicopedagogos se dan a sí mismo estatus al modo médico. Los profesores también encuentran su justificación y “alivio” al saber que tal niño es “un TDAH” y los propios centros escolares también pueden tener su recompensa si reciben ayudas por casos diagnosticados, y estos quedan excluidos de las evaluaciones por las que se mide su nivel. Los investigadores tienen una mina para llevar a cabo estudios con la garantía de encontrar algo en lo que seguir profundizando. Los políticos también encuentran oportunidad para atender necesidades especiales reclamadas por unos y otros. Al final, los fabricantes de los medicamentos son los que se llevan el pastel, con el “trabajo sucio” de la reivindicación y oficialización hecha por otros.

¿Dónde está el problema, si todos ganan? El problema es para los niños, tanto más en la medida en que vivan “dopados” y sin haber aprendido posibles regulaciones de la atención y la actividad en función de contextos y tareas. Eso sí, podrán continuar la carrera TDAH como adultos.

I: *En la actualidad se está extendiendo el diagnóstico de TDAH a los adultos, ¿qué opina a este respecto?*

M.P.A.: Es una extensión descarada de un “trastorno” típico de la infancia - donde ya carecía de entidad clínica-, para ampliar el mercado de la medicación. Como dice el psiquiatra **Allen Frances** en su “manifiesto contra los abusos de la psiquiatría” (en *¿Somos todos enfermos mentales?*), este diagnóstico podría convertirse en una moda. Ciertamente, el diagnóstico es muy fácil de hacer y de cumplir. A no ser que uno esté haciendo un cursillo Zen o todo le dé un

poco igual, cualquier adulto medianamente atareado, sin siquiera llegar a estresado, difícilmente no puntuará en los ítems como se mide: “¿con qué frecuencia tiene dificultad para acabar los detalles de un proyecto, para ordenar las cosas en una tarea que requiere organización y para recordar citas u obligaciones?” y , “¿con qué frecuencia evita o retrasa tareas que requieren pensar mucho, agita o retuerce la manos o los pies cuando tiene que permanecer sentado mucho tiempo y se siente demasiado activo e impulsado a hacer cosas, como si lo empujase un motor?”.

De nuevo, todos contentos: los propios pacientes que ahora se explican sus problemas, los clínicos como sagaces diagnosticadores dando en el clavo, y la industria que una vez más se las ha industriado para ampliar el mercado. Es interesante reparar, como señalamos en nuestro libro, el trasvase de diagnósticos de la infancia a la vida adulta a cuenta del TDAH, y de la vida adulta a la infancia a cuenta, en este caso, del trastorno bipolar facturado para niños y adolescentes como “trastorno de la desregulación disruptiva del humor”.

I: *En relación con el tratamiento médico, según datos del Informe del Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios de la OMS, en los últimos años ha habido un aumento significativo de prescripciones de psicofármacos directamente proporcional al número de diagnósticos de hiperactividad. Sin embargo, los datos señalan claras diferencias entre los países de la Unión Europea, ¿a qué cree que se debe esta disparidad entre países?*

M.P.A.: Así, por ejemplo, España está en la cabeza del diagnóstico de TDAH y de la correspondiente prescripción de estimulantes, con una tendencia creciente

después de la iniciativa del Congreso de los Diputados para dedicarle un día internacional y de su inclusión en la LOMCE, mientras que en Francia apenas existe. En Francia, por las razones que sean, el abuso de los sistemas diagnósticos y del marketing farmacéutico es menor, al menos, en este caso, cosa que supongo estará preocupando a la industria del ramo. Puede deberse a que en Francia los problemas con los niños, por los que en otros países se diagnostica TDAH, están integrados y asumidos en la educación familiar. Puede que, además, la mayor presencia de la tradición psicodinámica prevenga esa tendencia a patologizar los problemas normales. Por su parte, en España, la “conexión” entre la industria (particularmente la compañía Shire, que es la que más preparados tiene en cartera para el TDAH) y la práctica clínica parece ser más fluida, vía Parlamento Europeo (con su libro blanco sobre el TDAH), Congreso de los Diputados, Ley de Educación (LOMCE) y Comunidades Autónomas particularmente sensibles a estas “necesidades especiales”. Todo ello, seguramente, después de que los políticos fueran influidos por oportunos Planes de Acción promovidos por la propia industria, con la inestimable ayuda de “expertos” y “líderes de opinión”. Al final, pareciera que lo políticamente correcto fuera subirse al carro del TDAH, al margen de lo científicamente correcto que sea y de a qué intereses sirva. ¿Es que los políticos no tienen cosas mejores que hacer, empezando por preocuparse por la patologización de la infancia, en vez de contribuir a ella?

I: *A su juicio, ¿considera que en España se están siguiendo las recomendaciones sanitarias básicas en cuanto a la prescripción de medicación para es-*

te trastorno? Y en el resto de países, ¿se están siguiendo las incluidas en las Guías de Práctica Clínica internacionales?

M.P.A.: De acuerdo con nuestro planteamiento, según el cual el TDAH no sería más que una etiqueta para ciertos problemas que los adultos tienen con la atención y la actividad de los niños, sin la presunta entidad clínica (ni diagnóstica ni etiológica) ni tampoco medicación específica que se supone, ya la existencia de Guías de Práctica Clínica es presuntuosa, como si hubiera guías, permítase el ejemplo, para “endemoniados”: dando por hecho de que existen, pero reclamando una práctica sensata a fin de evitar el sobrediagnóstico y a la vez asegurar que los casos auténticos no queden sin diagnosticar. Dada la “institucionalización” que ya tiene el TDAH (como diagnóstico oficial, reconocimiento como necesidad educativa especial, profesionales que lo tratan, asociaciones de afectados, etc.), las Guías son necesarias, pero para desmascarar los mitos e intereses creados a su costa y resituar el problema en su contexto que no es otro que el del aprendizaje y educación de la atención y la actividad de los niños, seguramente una tarea más difícil de lo que se pensaba, sobre todo, en el mundo de hoy. Sin negar el problema, su solución no debería ser a costa de “enfermar” a los niños. En vista de lo visto, habría que cuidar mucho, y todo celo aquí sería poco, acerca de que las Guías no estén “asesoradas” por expertos con intereses en el diagnóstico, lo que sería como si los lobos hicieran los cercados para las ovejas.

I: *Recientemente, el Gobierno ha hecho pública la intención de actualizar la Guía de Práctica Clínica sobre el*

INFOCOP

NÚMERO 67. 2014
Octubre - Diciembre

Edita

Consejo General de la
Psicología de España.
C/ Conde de Peñalver, 45 - 5ª Planta
Tels.: 91 444 90 20
Fax: 91 309 56 15
28006 Madrid - España.
E-mail: infocop@cop.es

Director

José Ramón Fernández Hermida.

Jefe de Redacción

Silvia Berdullas.

Redacción

Aída de Vicente.
Cristina Castilla.
Susana Villamarín.

Diseño y maquetación

Cristina García y Juan Antonio Pez.

Administración y publicidad

Sara Rojas y Silvia Berdullas.

Impresión

Villena Artes Gráficas
Avda. Cardenal Herrera Oria, 242-Edif. B
28035 Madrid.

M-12764-2004 • ISSN 1138-364X

De este número 67 de Infocop se han editado 69.800 ejemplares.

Este ejemplar se distribuye gratuitamente a todos los colegiados pertenecientes a los diversos Colegios que forman parte del Consejo General de la Psicología de España.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

INFOCOP

se puede leer en la página WEB
<http://www.infocop.es>

TDAH del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad a lo largo de este año 2014. Como experto en el tema, ¿qué cambios introduciría a fin de mejorar la versión actual?

M.P.A.: Ante todo, habría que cambiar los “expertos” que asesoren y elaboren la Guía que pudieran tener intereses en “mejorar” la Guía. Cuanto más se parezca la Guía al análisis crítico del Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra titulado *Atentos al déficit de atención (TDAH): entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva*, mejor será. Otra buena guía es la dirigida por el psiquiatra infantil británico Sami Timimi titulada *Mis-Understanding ADHD The complete guide for parents to alternatives to drugs*.

I: *Como ya sabe, la nueva Ley de Educación Española (LOMCE) contempla el TDAH dentro del grupo de niños con Necesidades Educativas Especiales, ¿qué implicaciones tiene su inclusión dentro de la Ley? ¿Cómo se explica usted que se haga mención expresa al TDAH a pesar de la controversia existente por la falta de evidencia científica con respecto a su existencia y que, sin embargo, la LOMCE no contemple expresamente otros como, por ejemplo, los trastornos del Espectro Autista?*

M.P.A.: Los políticos, empezando por el Parlamento Europeo, el Congreso de los Diputados de España y ahora la LOMCE han tomado cartas en un asunto *sub iudice*, decantándose por un lado de la controversia, el que al final resulta insostenible. Dejando aparte su buena intención, los políticos han optado por lo que creen “políticamente correcto”, a expensas de lo que sería científicamente correcto, como mínimo, abstenerse de terciar en un tema que se habría de diri-

mir en un plano de revisión crítica y, como mejor, preocuparse por la posible patologización de la infancia. Esta decantación se debe, en mi opinión, al poderoso lobby farmacéutico, que supo y pudo influir en las decisiones políticas. Y ahora ahí tienes a los políticos y las políticas haciendo lo que en cierta manera no deja de ser el “trabajo sucio” de la industria, como lo pueda ser la propaganda y oficialización de un diagnóstico sin fundamento del que harán negocio.

I: *En este libro se menciona el concepto de disease mongering o promoción de enfermedades aplicado al TDAH, ¿qué resultados persigue? ¿Cómo se relaciona con las iniciativas anteriores?*

M.P.A.: La expresión define una estrategia de marketing farmacéutico consistente, efectivamente, en promover enfermedades, tratando de convencer a gente que está esencialmente bien, de que está enferma, y a gente que está algo enferma de que está muy enferma, con el fin de buscar un mercado para un preparado. La expresión fue acuñada en 1992 por la periodista **Lynn Payer**, especializada en temas médicos, en su libro *Promotores de enfermedades: lo que hacen los médicos, las compañías farmacéuticas y las aseguradoras para que se sienta usted enfermo*. La expresión tuvo un relanzamiento de parte del también periodista y académico con publicaciones en las principales revistas médicas **Ray Moynihan**, autor del libro *Vendiendo enfermedades*. Esta estrategia no respeta ni a la infancia, tomada como “nicho” de expansión de medicamentos.

I: *De acuerdo con el título del libro, ¿cómo se puede “volver a la normalidad”? ¿Qué papel puede jugar la Psicología en este sentido?*

M.P.A.: No es fácil volver a la normalidad, dada la armonía de intereses implicados en la patologización. Pero tampoco es para resignarse, ni conformarse con libros desenmascaradores, por más que necesarios. La posible vuelta a la normalidad tiene varios frentes y niveles. Uno es el desmantelamiento de la “máquina del marketing” que, de acuerdo con Allen Frances, supone entre otras acciones acabar con las campañas de “sensibilización a la población” (so pretexto de concienciación y educación de la gente), acabar con el respaldo financiero por parte de la industria a sociedades de pacientes, así como a organizaciones médicas profesionales y a agencias de investigación y acabar también “con las fiestas, cenas, regalos promocionales y formación médica a doctores o estudiantes de medicina por la industria farmacéutica”.

Hay otro nivel más básico, concerniente a la educación propiamente de la gente, empezando por los niños, en la dirección de promover un sentido de persona que enfatice la fortaleza y capacidad de recuperación en vez de la vulnerabilidad, el desvalimiento y el victimismo. La vuelta a la normalidad pasa por reasumir los problemas de la vida, como tales problemas, en vez de como supuestas enfermedades. El eslogan sería: “más hacerse cargo de la vida que victimarse”. Es de esperar que el consumo inteligente llegue también al afrontamiento de los problemas normales de la vida.

Por su parte, la Psicología tiene un doble papel consistente en desvelar la patologización y predicar con el ejemplo. Si el primer papel lo representan libros como el nuestro, mostrando que los problemas de la vida no por serlo son problemas psicológicos y que los

problemas psicológicos no son enfermedades, el segundo se lleva a cabo en la propia práctica profesional. Se refiere, por ejemplo, a la “normalización de los problemas”, como de hecho ya es usual en Psicología, que es tomarlos en serio y, a la vez, situarlos en el contexto de la propia vida como respuestas normales dadas las circunstancias. Se refiere también a la posibilidad de prestar ayuda sin sentirse obligado ni en la necesidad de emitir diagnósticos, definiendo el problema en sus propios términos. Los diagnósticos formales los necesitan los sistemas burocráticos para sus estadísticas, no tanto los propios pacientes, consultantes o usuarios, como no sea para informes y facturaciones. Lo que necesitan los clínicos son evaluaciones, valoraciones, análisis funcionales, “diagnósticos relacionales” y, en defini-

tiva, discernir, distinguir y reconocer, que es lo que significa “diagnosis”. Dentro de esto, acaso bastarían unas cuantas grandes distinciones “clásicas”, no superadas, relativas a problemas neuróticos, psicóticos, del desarrollo y de la personalidad, de acuerdo con Sami Timimi en su entrevista en *Infocop* (http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5225). Los consultantes requieren, a veces, un diagnóstico que, por lo demás, puede ser “tranquilizador” y hasta terapéutico y que el clínico no tendría dificultad en proporcionar e integrar en la ayuda que presta. Un clínico puede ser “ateo” de los diagnósticos y utilizarlos cuando sea requerido, del mismo modo que si fuera ateo propiamente dicho respetaría las creencias religiosas de sus clientes, incluyendo su posible contribución a la ayuda.

I: Para finalizar, ¿le gustaría añadir algún otro comentario?

M.P.A.: No son infrecuentes críticas al TDAH señalando que el problema con él es el posible “sobrediagnóstico”, cuando el problema es, en realidad, su entidad. Se suele señalar también que el TDAH requiere un abordaje “multidisciplinar”, convocando a pediatras, neurólogos, psiquiatras, psicólogos, pedagogos. Por sensato que parezca semejante abordaje, en este caso, no hace sino acumular “datos”, de los que “sacar tajada”. De nuevo, la cuestión es de entidad. No si se diagnostican demasiados “endemoniados”, porque solamente fueran unos pocos los auténticos, sino qué entidad es ésa, qué se quiere decir con esa etiqueta y qué problema refiere.

PUBLICIDAD





EEG Info & NeuroVitalia
EEG Info inició sus primeras investigaciones y estudios en el campo del Neurofeedback en los años 80 en EE.UU. Su extenso desarrollo de protocolos de actuación y tecnologías para su aplicación le convierten en el **proveedor de referencia mundial para equipos y protocolos de Neurofeedback**. **NeuroVitalia** imparte de forma

Neurofeedback EEG Info. Técnica terapéutica.
 A través del registro EEG de la actividad cerebral y con la tecnología y acompañamiento adecuados, Neurofeedback fomenta la capacidad de **autorregulación** del cerebro.
 Las investigaciones realizadas confirman su eficacia para el tratamiento de ansiedad, depresión, fobias, migrañas, TDA y TDAH, autismo y estrés, entre otros. Neurofeedback es una técnica aplicable en combinación con otras terapias o de forma independiente.

PRÓXIMO CURSO CLÍNICO DE NEUROFEEDBACK EEG INFO
Lugar y Fecha. Madrid, 28 enero – 2 febrero 2015
Programa. Conferencias, demostraciones, debates y estudios prácticos de casos reales.
El curso proporciona los conocimientos necesarios para incluir la técnica de Neurofeedback en su práctica clínica.
 Más información: <http://www.neurovitalia.com/2014/10/calendario-de-cursos.html>
91 128 7857

exclusiva la formación oficial sobre Neurofeedback con tecnología EEG Info en España. Nuestros cursos y talleres de formación continua son impartidos por **expertos en la técnica** y están dirigidos a terapeutas o técnicos sanitarios .

