

Comentarios a la entrevista realizada en el ABC al Catedrático Marino Pérez titulada:

“El tratamiento del TDAH no existe, y la medicación, no es un tratamiento, sino un dopaje”



*Por Isabel Orjales Villar
Doctora en Pedagogía
Profesora del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.
Facultad de Psicología de la UNED.*

El TDAH es un trastorno complejo cuyas manifestaciones clínicas, en intensidad y desadaptación, son el reflejo de una posible alteración orgánica modulada por la influencia del ambiente (es decir, la educación, la intervención y el entrenamiento recibidos por el sujeto hasta el momento) que, en cierta medida, contribuye a frenar o a potenciar los síntomas. Tampoco es sencillo investigar sobre la eficacia de cualquier tratamiento (ya sea médico o de otro origen) para la mejora de este trastorno puesto hacerlo seriamente exige controlar que los efectos supuestamente beneficiosos de la intervención que deseamos probar no se deban a otros factores como por ejemplo: las características personales de los chicos implicados (si el grupo que recibe el tratamiento que estamos probando tiene un cociente intelectual más alto que el otro grupo, ¿será por eso que mejoró y no por la intervención en sí misma?); el proceso mismo de maduración del niño (si el tratamiento se demuestra más eficaz si dura 9 meses que si dura 3 semanas ¿qué parte de la mejora es debida a la intervención y qué parte es debida a que el chico ha madurado en ese tiempo?) o incluso a las expectativas del evaluador (si la persona que evalúa los resultados está al corriente de cuáles son los niños que han recibido el tratamiento que se quiere probar y cuáles han recibido el tratamiento neutro o placebo, sus expectativas podrían condicionar la forma en que evalúa las mejoras). Las investigaciones tienen las limitaciones que tienen y sus conclusiones deben interpretarse en el marco de las características del grupo de sujetos que se haya utilizado en cada estudio, de las variables medidas y del procedimiento utilizado. Es por estos motivos por lo que los estudios serios suelen utilizar un grupo de sujetos muy numeroso y con características parecidas (edad, nivel escolar, “subtipo” de TDAH, etc.) y compararlo con otro grupo similar pero sin el diagnóstico de TDAH. Dicho esto, recojo algunos comentarios que me sugiere la entrevista al catedrático Marino Pérez* y que extraigo del siguiente enlace**

(*) <http://www.compartelibros.com/autor/marino-perez-Alvarez/1>

(**) <http://www.abc.es/familia-padres-hijos/20141020/abci-trastorno-deficit-atencion-201410171200.html>

En el titular de la entrevista figura:

*“No existe. El TDAH es un diagnóstico que carece de entidad clínica, y la medicación, lejos de ser propiamente un tratamiento es, en realidad, un dopaje». Esta es la sentencia de Marino Pérez, especialista en Psicología Clínica y catedrático de Psicopatología y Técnicas de Intervención en la Universidad de Oviedo, además de coautor, junto a Fernando García de Vinuesa y Héctor González Pardo de [«Volviendo a la normalidad»](#), un libro donde dedican 363 páginas a desmitificar de forma demoledora y con todo tipo de referencias bibliográficas el **Trastorno por Déficit de Atención con y sin hiperactividad** y el Trastorno Bipolar infantil. Lo que sí que existe, y es a su juicio muy preocupante, es el fenómeno de la «patologización de problemas normales de la infancia, convertidos en supuestos diagnósticos a medicar».*

Comentario de Orjales: El etiquetaje temprano no es lo preocupante (nunca nos parecería demasiado temprano un diagnóstico de cáncer), lo verdaderamente preocupante es el modo en que llegamos a dicho etiquetaje y el uso que hacemos de él. Y en esa parte coincido con el autor. Sin embargo, conozco el libro al que hace alusión este artículo y me parece necesario recalcar que, aunque se reviste de un tono de “verdad científica”, en realidad resulta más un conjunto de artículos de opinión basada en la recopilación de citas de diversos libros de divulgación sobre TDAH (entre ellos con bastante referencias a alguno de mis libros), que resultan poco actualizadas, sacadas de contexto y que le sirven al autor de pie para emitir sus opiniones. Y aunque las citas reflejan un trabajo sin duda pormenorizado, no podemos decir que se trate, como parece deducirse de los comentarios del periodista, de conclusiones basadas en una revisión de los estudios científicos existentes sobre el TDAH. Para que nos hagamos una idea del volumen de artículos escritos sobre investigaciones científicamente controladas en relación al TDAH, solo consultando dos de las bases de datos de revistas científicas (Psychinfo y Medline) podemos encontrar un total de 61.328 artículos publicados únicamente introduciendo el término en inglés “attention deficit disorder”. Tener una visión real y actualizada de los estudios sobre TDAH supondría analizar los trabajos publicados en los últimos 5 años lo que ascendería, por lo menos, a unos 22.444 artículos.

En «Volviendo a la normalidad», ustedes ponen el dedo en la llaga, al asegurar que el llamado Trastorno por Déficit de Atención, con o sin Hiperactividad (TDAH), no existe.

Marino Pérez —El TDAH es un diagnóstico, cada vez más popularizado, que carece de entidad clínica. Para empezar, no se establece sobre criterios objetivos que permitan diferenciar el comportamiento normal del supuestamente patológico, sino que se basa en apreciaciones subjetivas, en estimaciones de los padres del tipo de si «a menudo» el niño [se distrae y se mueve mucho](#). Más que nada, el diagnóstico es tautológico. Si un padre preguntara al clínico por qué su [hijo es tan desatento e inquieto](#), probablemente le respondería porque tiene TDAH, y si le preguntara ahora cómo sabe que tiene TDAH, le diría porque [es desatento e inquieto](#). Por lo demás, insisto, no existe ninguna condición neurobiológica ni genética indenficada, y sí muchas [familias donde no se asume que la educación de los niños es más difícil de lo que se pensaba](#).

Comentario de Orjales: Por desgracia, el TDAH existe, es una de las patologías más frecuentes en la infancia y, de su diagnóstico y de la intervención temprana, depende que no derive en

trastornos severos de conducta, abandono escolar, trastornos del estado de ánimo, muertes prematuras y/o adicciones y problemas con la justicia. Decir que carece de entidad clínica, sin más, solo podría atribuirse al desconocimiento del trastorno, de la investigación en relación a él y del procedimiento requerido para su diagnóstico. Dada la frecuencia con la que en los últimos años se da eco en los medios de comunicación a este tipo de opiniones infundadas, no puedo por menos que pensar que, si hace unos años “vendía” la idea novedosa del descubrimiento del TDAH, ahora lo que resulta atractivo para los medios es dar eco a todo el que se plantea su existencia. Pero los niños y sus problemas no desaparecen porque queramos evitar una etiqueta, porque nuestra línea de investigación sea ser crítico con los sistemas de clasificación diagnósticas tradicionales o porque las cosas no se estén haciendo de forma adecuada. Quiero entender que, detrás de estas palabras, hay una crítica a los malos profesionales pero sigo pensando que se trata de una simplificación, no solo infundada, sino también “peligrosa”. El TDAH es un trastorno que se puede describir, identificar y, por suerte, tratar. Pueden criticarse muchas cosas en relación al TDAH, su diagnóstico y su tratamiento pero no se puede simplificar diciendo que los niños diagnosticados tienen únicamente algunos problemillas de conducta derivados de padres incompetentes, irresponsables y desinteresados o que todo este flujo de estudios e investigaciones es solo un invento. Se puede criticar el procedimiento que se está utilizando para el diagnóstico en nuestro país; se puede poner en duda si un paciente concreto está bien o mal diagnosticado de TDAH; alarmante que se hagan diagnósticos en base a un cuestionario de profesores y de padres y 20 minutos de historia clínica con un médico (que por suerte no es lo habitual) o que se etiquete a niños muy pequeños que todavía no tienen el recorrido vital suficiente para que se pueda valorar en ellos la cronicidad de los síntomas y el nivel de desadaptación. También nos puede escandalizar que se dé por hecho que la medicación sea el recurso directo, primario e indiscutible y, lógicamente, podemos plantearnos cuáles son nuestras condiciones de salud para tener una incidencia tan alta de TDAH, aunque creo que, del mismo modo que debe alarmarnos la alta incidencia de infertilidad en Europa (¿sabían que la tasa de espermatozoides que se considera normal en un varón europeo es la mitad de lo que se considera en un varón en China?). Da que pensar, cierto, pero no se puede sugerir como si se estuviera en posesión de una verdad científicamente probada, que no existe una entidad clínica que permita identificar y tratar a un grupo de niños que de otro modo tienen un alto riesgo desadaptación, sufrimiento personal y familiar, exclusión social y de desarrollar problemas comportamentales, sociales y emocionales muy graves.

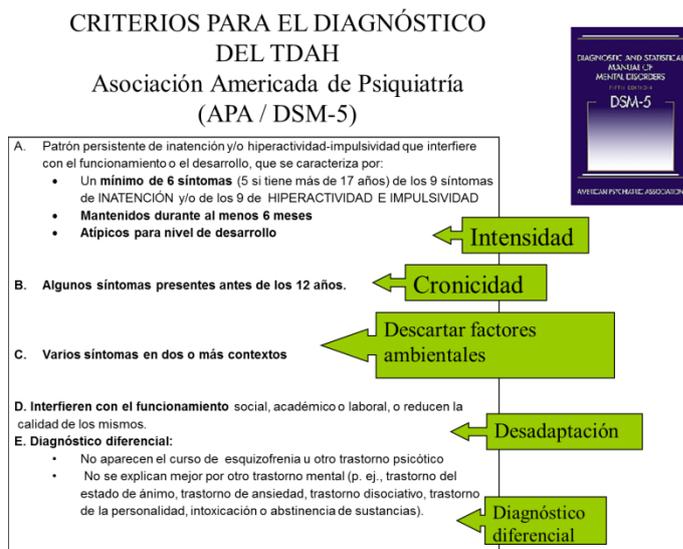
Por otra parte, afirmar que no existe trastorno y sugerir que el problema radica, como se puede leer en la entrevista que *“muchas familias no asumen la educación de sus hijos”* es una simplificación que sólo podría justificarse por un recorte indebido en la entrevista. El diagnóstico de TDAH exige, por definición, que los síntomas no se expliquen solo y únicamente por factores ambientales, cierto. Pero, aún en el caso de que tengamos la convicción de que un chico ha sido

“malcriado”, eso no implica sin más, que por este motivo podamos descartar que el niño en cuestión tenga un TDAH. ¿O acaso un niño/a no puede tener TDAH y estar mal educado? ¿Es que los niños con TDAH solo tienen padres que educan bien? Yo diría que nos encontramos con todo tipo de padres, en



incluso, diría que los niños con TDAH son mucho más difíciles de educar lo que aumenta seriamente la probabilidad de que los padres no los manejen como se deberían, que abandonen medidas adecuadas porque no las crean efectivas y que les cueste ajustar la exigencia educativa a la falta de madurez que muestran estos niños. Llevo muchos años formando a padres y, educar a un chico con TDAH exige una formación para los padres cuasi-profesional en control de conducta y en aquellas variables psicológicas que condicionan la educación de los hijos. Los niños con TDAH tiene padres de todo tipo y, culpabilizar a los padres no sólo es simplista, recuerda incluso a aquellos tiempos, no hace tantos años, cuando desde foros profesionales, incluso, se defendía que los niños autistas no tenían más trastorno que la desgracia de tener unos padres afectivamente fríos (“padres nevera” se les llegó a llamar) que los rechazaban, un momento en el que se interpretaba el sufrimiento y la desesperación de esos padres como la causa del trastorno de sus hijos.

El diagnóstico de TDAH se realiza en base a unos criterios clínicos que resultan del consenso de equipos de especialistas de la *Asociación Americana de Psiquiatría* (APA) publicados en el DSM (versión 5) y por la Organización Mundial de la Salud (CIE-10). Estos criterios están definidos y se revisan cada 4-5 años. En diagnóstico de TDAH requiere que se cumplan una serie de criterios establecidos:



American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

- Los síntomas de desatención y/o hiperactividad impulsividad se presenten con una intensidad significativa para la edad del sujeto, su nivel de desarrollo y la educación recibida.
- Que dichos síntomas se presenten, en cierto modo, de forma crónica en el individuo (es decir que el niño siempre haya sido así aunque sea ahora cuando se consideren un problema y produzcan una mayor desadaptación). Algunos de los síntomas deberán identificarse por lo menos antes de los 12 años.

- Que dichos síntomas (intensos y crónicos) se den en más de un ambiente, es decir, que no puedan explicarse únicamente por el impacto de sucesos estresores en su vida. Y, en caso de existir un estresor claro (ejemplo, una situación de celos, el reciente divorcio de los padres, un cambio de domicilio...) que se haya estudiado el caso lo suficiente como para poder afirmar que ese estresor contribuye a empeorar el cuadro que el niño ya tenía pero que no es la explicación de su origen.
- Que dichos síntomas (intensos, crónicos y que se manifiestan independientemente del entorno aunque se modulen dependiendo de él) produzcan una desadaptación significativa en algún área de la vida del niño ya sea: personal, social, académica o laboral.

- Y, finalmente, el TDAH se define también por lo que no es. Debe descartarse que los síntomas ocurren durante el curso de la esquizofrenia (o de otro trastorno psicótico) y que no se expliquen mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Al tratarse de un proceso diagnóstico (que no se limita a verificar la existencia o no un indicador simple como sería, por ejemplo, una alteración cromosómica) el estudio requiere la intervención de un equipo bien preparado, que realice una evaluación en profundidad y desde el punto de vista no solo médico, sino también psicológico, educativo y social. Un diagnóstico adecuado, por tanto, exige una dedicación de tiempo importante para alcanzar el conocimiento suficiente del paciente, de la familia y sus circunstancias por lo que resulta alarmante pensar que se realicen diagnósticos y se prescriban tratamientos farmacológicos tras una entrevista de 30 minutos, realizando una historia superficial y un cuestionario de padres y otro de profesores sin información de los evaluadores. Quiero pensar que la mayoría de los diagnósticos no se realizan en estas condiciones. Afirmar que el criterio que se establece para el diagnóstico del TDAH se basa en estimaciones subjetivas de los padres es referirse a malos diagnósticos; sugerir que un mal proceder justifique que no exista como entidad clínica, absurdo.

¿Quiere decir que no hay ninguna prueba médica que lo demuestre?

Marino Pérez —No. No existen pruebas clínicas ni de neuroimagen (como TC, RM, PET, etc) ni neurofisiológicas (EEG, ERP) o test psicológicos que de forma específica sirvan para el diagnóstico. Lo que nosotros decimos en esta obra, con toda seguridad, es que no hay ningún biomarcador que distinga a los niños [TDAH](#). No se niega que tengan problemas, pero son niños, que tienen curiosidad y quieren atender a lo que sea, moverse... A sentarse es algo que hay que aprender. No existe ninguna alteración en el cerebro.

Respuesta de Orjales a Marino Pérez:

Efectivamente, no hay un único y definitivo marcador biológico (un análisis de sangre o genético o resonancia magnética....) que discrimine mágicamente entre TDAH y no TDAH (ya nos gustaría) pero ¿es prueba suficiente para decir que no existe el trastorno como tal? Lo normal es que no haya marcadores concluyentes y únicos para la gran mayoría de los trastornos. Tampoco hay marcadores de este tipo para la dislexia o la depresión y no por ello negamos que existan ¿o justificamos estos problemas por causas ambientales argumentando que las escuelas no saben enseñar a leer a los niños y de los padres que son fríos con sus hijos o no les dan el afecto suficiente para que se sientan a gusto y felices consigo mismos? No es serio llegar a ese nivel de simplificación. Que no existan biomarcadores específicos sólo implica que el proceso de diagnóstico será más largo, complejo y que debe basarse en indicadores clínicos. Pero no es suficiente para afirmar que el TDAH no pueda diagnosticarse. Que no haya un único marcador común a todos los TDAH y causa específica del trastorno no quiere decir que no se haya probado que la sintomatología del TDAH esté relacionada con un peor funcionamiento cerebral y en la mayoría de los casos con factores hereditarios. Que no haya marcadores no quiere decir que los problemas de los chicos con TDAH se deban a padres irresponsables. Si el trastorno requiriera únicamente trabajar con pautas educativas familiares sería realmente sencillo y, créanme, no habría tantas asociaciones de padres y no existirían niños medicados.

Desconcierta de la entrevista la siguiente afirmación: “no se niega que tengan problemas, pero son niños, que tienen curiosidad y quieren atender a lo que sea, moverse... A sentarse es algo que hay que aprender. No existe ninguna alteración en el cerebro”

Esta afirmación sorprende porque sugiere un alarmante desconocimiento de los criterios para el diagnóstico del TDAH. ¡Tengan por seguro que las más de 50 asociaciones de familias de niños con TDAH de España estarían encantadas de poder pensar que su hijo es, simplemente, es un niño más curioso que solo requiere un poco de entrenamiento para atender en clase! Sinceramente, creo que le falta la perspectiva que le daría pasarse por una asociación de padres de niños con TDAH (www.feadah.org) o leer el libro *Testimonios de madres con hijos hiperactivos (J de J Editores)*. Le acercaría a la cruda realidad de las necesidades de este grupo de niños.

—Pero los expertos en TDAH afirman que este trastorno mental/psiquiátrico del neurodesarrollo conlleva ciertas particularidades cerebrales, y niveles anormales de sustancias neurotransmisoras...

Marino Pérez —*Podiera haber diferencias en el cerebro, como es distinto el cerebro de un músico al de otro que no lo es. Incluso el de un pianista a un violinista. Pero esa diferencia del cerebro no es la causa. El cerebro es plástico y puede variar su estructura y su funcionamiento dependiendo de las exigencias y condiciones de vida. Un ejemplo muy famoso es del hipocampo cerebral de los taxistas de Londres. Cuantos más años de profesionalidad, más alterada es esa estructura cerebral. ¿Por qué? Porque está relacionada con el recuerdo y la memoria espacial, como es requerido para ser taxista en una ciudad de 25.000 calles como Londres. Lo que se pueda observar diferencial en el cerebro de quien sea, en este caso de niños a los que se diagnostica TDAH, no explica que esa sea la causa del supuesto trastorno, si no que los niños sean más activos e inquietos. Pero algunos padres se agarran o podrían estar interesados en encontrar una diferencia cerebral en los niños que les justifique o exima de responsabilidad en lo que le pasa al niño. Insisto, no hay ningún clínico ni ninguna prueba de neuroimagen que pueda validar un diagnóstico, como no hay evidencia que demuestre que los niveles cerebrales de dopamina o noradrenalina sean anormales en niños con este diagnóstico.*

El TDAH es un trastorno de base neurobiológica de origen predominantemente poligénico cuya expresión sintomatológica se modula por efecto de la intervención social y de la educación. Lo corroboran cientos de artículos publicados en revistas científicas internacionales a lo largo de los últimos 20 años. Si incluimos en la base de datos *Medline*, el término *attention deficit disorder* y lo cruzamos con *genetic* obtenemos 3.059 referencias de artículos sobre investigaciones realizadas en éste ámbito. Y si se revisan las investigaciones sobre TDAH, la existencia de una base neurobiológica es algo difícil de negar para quien realiza una mínima revisión de estas investigaciones. Pero para que los padres que no están familiarizados con estos temas, parece importante aclarar ciertas cosas. Existen cientos de estudios controlados que comparan grupos muy numerosos de sujetos con y sin diagnóstico de TDAH y que encuentran diferencias genéticas, en pruebas de neuroimagen (en el modo de activación del cerebro durante una tarea, en la estructura de determinadas áreas cerebrales, en la madurez de la corteza cerebral en relación a la edad, etc.) y en la ejecución de diferentes test (de atención selectiva, atención continua, impulsividad-reflexividad, de aprendizajes, etc.) Y en estos estudios se revela que las diferencias encontradas se consideran estadísticamente significativas, es decir, que se descarta que puedan deberse al azar. Eso significa que existen unos rasgos que resultan semejantes en los sujetos con

TDAH y que los diferencian de los no TDAH e incluso de sujetos con otros trastornos (por ejemplo, los trastornos de aprendizaje) Pero no solo eso, existen estudios de seguimiento de los mismos sujetos con TDAH a lo largo de los años que revelan un mayor riesgo de deterioro en este grupo con TDAH frente a los que no padecen TDAH: mayor riesgo de abandono escolar, de muertes por accidentes de tráfico, iniciación más temprana en las drogas, mayor riesgo de adicciones, incremento de la posibilidad de tener un trastorno de conducta o problemas con la justicia, entre otros. Dicho esto, es necesario puntualizar que, el valor para el diagnóstico de estas pruebas, es útil pero limitado. Nos explicaremos un poco más. Los niños con TDAH ejecutan mucho peor que los niños sin TDAH y que los niños, por ejemplo, con dislexia en test de atención sostenida pero, esto no quiere decir que podamos afirmar, a la ligera, que todos los niños que hacen mal esos test de atención sostenida tengan TDAH. No es cierto, porque eso supondría haber encontrado un test que lo realizaran mal única y exclusivamente los niños con TDAH. Y no es así. Un niño puede realizar mal una prueba de atención sostenida, por tener TDAH pero también por simple desmotivación, por mostrar un comportamiento oposicionista y desafiante ante el evaluador, porque padece una discapacidad intelectual y su atención es la lógica de su menor nivel de desarrollo, porque está deprimido o por ansiedad. Los test y las pruebas médicas sirven para lo que sirven, constituyen información complementaria que ayuda al diagnóstico. Y resultan de mucha utilidad si, además del análisis de la puntuación resultante del test, el informe se acompaña del análisis y la recogida de información suficiente para poder interpretar los factores que podrían estar incidiendo en esos resultados (por ejemplo, la conducta y motivación durante la prueba) y aspectos cualitativos observados durante la aplicación de la prueba (por ejemplo, las observaciones realizadas durante la prueba)

¿Qué el cerebro de los taxistas se modifica en base a la especialización que se consigue por ejercer un tipo de trabajo durante años y que el cerebro es plástico? Es de neurología básica y precisamente por estos y otros motivos resulta importante la detección y la intervención temprana con niños con TDAH.

Afirmar, como hace el autor, que *“algunos padres se agarran o podrían estar interesados en encontrar una diferencia cerebral en los niños que les justifique o exima de responsabilidad en lo que le pasa al niño”* es como decir, que la causa del TDAH es la dejadez e irresponsabilidad de las familias No puedo por menos que sorprenderme de la total ignorancia que demuestra esta afirmación respecto de la gravedad que puede alcanzar este trastorno y del sufrimiento que arrastran familias luchadoras e implicadas en la educación de sus hijos. Desde que publiqué en el año 91 mi tesis sobre intervención en TDAH, he realizado evaluaciones y diseñado programas de intervención psicoeducativa para niños con TDAH, en contacto y trabajando con familias y profesores y, puedo asegurarle que, en todo ese tiempo, no me he encontrado una sola familia que deseara medicar a su hijo con TDAH. Muchos padres no quieren utilizar la medicación y aquellos que lo hacen, en su gran mayoría se muestran reticentes y demoran probarla hasta que la situación se vuelve desesperada.

—Ustedes también recogen en su obra que muchos clínicos, y hasta laboratorios farmacéuticos, que reconocen que no hay biomarcadores específicos.

Marino Pérez —Cualquiera que esté al tanto de las investigaciones no puede dejar de reconocer que en realidad no hay biomarcadores específicos por los que se pueda diagnosticar ese TDAH como una entidad clínica diferencia. En España hay multitud de expertos en el tema que después de defender que es un trastorno bioneurológico, reconocen que no hay bases neurológicas

establecidas para el diagnóstico. Y sin embargo mantienen ese discurso. Casualmente, suelen ser personas con conflictos de intereses reconocidos y declarados, que han recibido y está recibiendo ayudas y subvenciones y todo tipo de privilegios de diversos laboratorios. Es decir, muy a menudo los defensores del TDAH mantienen esa retórica a pesar de que no hay evidencia, por un conflicto de intereses que les lleva a sesgar la información por el lado de lo que desean que hubiera en base a los intereses de hacer pasar el trastorno como si fuera una enfermedad que hubiera que medicar.

Comentario de Orjales: Lamentablemente los autores en este libro no fundamentan sus afirmaciones en el análisis directo de investigaciones realizadas sobre TDAH. Volviendo a las bases de datos Medline y Psycinfo: aparecen 61.865 artículos sobre *attention déficit disorder* y 1091 artículos no se refieren a una investigación únicamente sino que realizan meta análisis sobre todas las investigaciones relacionadas con un tema en concreto que han sido analizadas en años anteriores (*attention déficit disorder+ meta-analysis*). Insistimos que la mayor parte de las citas del libro son frases extraídas de libros de divulgación, sacadas fuera de contexto y utilizadas para “fundamentar” con apariencia “científica” opiniones personales, por otra parte, muy respetables. Aún no estando de acuerdo con estas controvertidas declaraciones y aceptando, por mi parte, la base neurobiológica del TDAH, sí me gustaría criticar el gran peso que se está dando a los factores biológicos en la evolución del TDAH. Esta situación se fomenta, en parte, por el marco predominantemente médico en el que se enmarca el diagnóstico del TDAH en nuestro país (se transmite que el diagnóstico debe hacerse desde el marco médico y no tanto desde un equipo multidisciplinar, con la limitación del escaso tiempo de dedicación al paciente de que disponen y sin la formación requerida para realizar una valoración más allá de la puramente médica) y, por otra, por la influencia de la financiación de las farmacéuticas en la realización de congresos y de cursos y conferencias de divulgación. Lógicamente, a estas empresas les interesa que el 70% de los ponentes de los eventos que financian sean del área médica para atraer a su público objetivo que son los médicos puesto que son los que recetan los fármacos (y no tanto las familias, los psicólogos o los maestros) y eso produce a cierto desequilibrio respecto a la información que llega a la población general (más de corte médico que de otro tipo). ¿Culpa de las farmacéuticas manipuladoras? Creo que el TDAH, por su frecuencia, tiene la suerte de contar con más atención de estas empresas que otras enfermedades raras que quedan relegadas al olvido. Lo criticable es que sea tan escasa la financiación de otro origen que fomente la investigación y la divulgación de estudios científicos sobre este trastorno (ya sean médicos o de otra naturaleza). La realidad es que la influencia de factores educativos, psicológicos y sociales en la modulación de los síntomas del TDAH a lo largo del desarrollo y en el impacto desadaptativo que provocan, es algo que la clase médica considera (por sentido común) pero, todavía, en un segundo plano y la importancia que se da a realizar investigaciones en ese sentido es infinitamente menor. Y la realidad es que, una vez ajustada la medicación para un niño con TDAH por el médico, el resto de las medidas necesarias para su desarrollo y ajuste personal a lo largo de su desarrollo van a ser de carácter psicoeducativo y psicosocial y requieren de la intervención de otros profesionales.

—La realidad es que el TDAH se acaba de reconocer en la flamante Ley orgánica para la mejora educativa (LOMCE).

Marino Pérez —Las instancias políticas, empezando por el Parlamento Europeo, con su «libro blanco» sobre el TDAH, y terminando por su inclusión en la Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE), puede que estén dando carta de naturaleza a algo cuya naturaleza, valga la redundancia, está por determinar y que, de hecho, es controvertida. Se está reclamando que se hagan las dotaciones adecuadas que contempla la ley como son ayudas, subvenciones, e incluso rebajas para la adquisición de los libros de texto, ventajas para acceder a becas, quien sabe si hasta para acceder a la Universidad. Mientras, los lobbies de la industria farmacéutica se estarán frotando las manos, viendo como los políticos «trabajan» a su favor. Los políticos creerán que han hecho lo políticamente correcto pero, de acuerdo con lo dicho, sería incorrecto científicamente.

Comentario de Orjales: En la LOMCE en el BOE, nº 295 (10 diciembre 2013, Sec.I, págs.. 97895-6) recoge como “alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo” a todos aquellos que requieran de una atención educativa diferente a la ordinaria para alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y de los objetivos establecidos para todos los alumnos en general. Y por primera vez incluye a los niños diagnosticados con TDAH entre los alumnos que hasta ahora integraban este grupo, es decir: niños con necesidades educativas especiales (por ejemplo, por discapacidad intelectual), con dificultades específicas de aprendizaje (es decir, dislexia, discalculia, etc), altas capacidades intelectuales, niños que se incorporan tardíamente al sistema educativo y aquellos que, por sus condiciones o historia requieran de apoyos específicos (por ejemplo, aquellos con carencias en lengua castellana, los que no pueden asistir regularmente a los centros escolares- por enfermedad, por vivir en un circo itinerante- y aquellos que sufren desventaja socioeducativa).

Todos estos niños con *Necesidades específicas* de apoyo educativo requieren de ciertas medidas para asegurar su buen desarrollo y aprendizaje. Este reconocimiento que, después de tantos años, por fin ha llegado, no debe verse como una ventaja injustificada, supone una respuesta a una necesidad muy real y urgente, más si pensamos que los niños que padecen TDAH tienen mayor riesgo de sufrir un deterioro psicosocial y de convertirse en una costosa carga para la sociedad de lo que podría suponer un niño con dislexia o con altas capacidades.

Parece como si el autor conociera el TDAH solo a través de los libros de divulgación y fuera ajeno a la realidad de la situación de los niños con TDAH y sus familias en España. Realmente no hay una situación de “privilegio” por ser diagnosticado de TDAH, ni la habrá. No hay ventajas por tener un diagnóstico de TDAH, los padres no están encantados de tener hijos diagnosticados con este trastorno, de tener que medicarlos y de tener que soportar el coste personal y económico que es proporcionar los apoyos necesarios para sus hijos (incluido el coste económico de la intervención y apoyo psicoeducativo y del tratamiento farmacológico). Pensar en una situación de abuso potencial en España es estar muy ajeno a nuestra realidad (realmente a años luz no sólo del abuso, sino de recibir las ayudas necesarias). Utilizar el argumento del riesgo de abuso en este

sentido, sería como afirmar que deben eliminarse las medidas contra el desempleo o la atención en urgencias porque hay quien se aprovecha ilegalmente de ellas.

—Usted augura que, a partir de este reconocimiento, habrá muchos interesados en que el niño reciba un diagnóstico formal de TDAH.

Marino Pérez —Si. Esto mismo que ha pasado [en España](#), de que la Ley otorgue cobertura legal al TDAH, se vio con anterioridad en 1997 en Quebec (Canadá). Allí hicieron un estudio de seguimiento de diagnósticos durante los 14 años siguientes y se encontró que en esa provincia canadiense en concreto, y a diferencia del resto de Canadá, había aumentado exponencialmente el número de niños medicados. Un crecimiento que no se observó en otras enfermedades propiamente infantiles como el asma, donde el porcentaje se mantuvo el resto del tiempo. Además, los niños que tomaban medicación de forma continuada tenían un rendimiento más bajo a largo plazo. Y tenían a su vez otros comportamientos y otras alteraciones como ansiedad y depresión.

Comentario de Orjales: Los estudios que se han hecho en España también revelan un aumento en la prescripción de medicación. Lógicamente, si antes no se diagnosticaba el TDAH y ahora sí se diagnostica, se puede pasar de 0 a 10 en el número de prescripciones en poco tiempo. El control del uso de la medicación es función de quien le compete y, por supuesto, no dejan de preocuparnos, pero la cuestión ahora no es afirmar que “lo mucho es malo simplemente porque sea mucho”. La cuestión, en realidad, es si esos niños que reciben medicación, están bien diagnosticados y si la prescripción de la medicación es acertada para ellos, es decir, si contribuye a: mejorar su calidad de vida, reducir las posibilidades de desadaptación y el sufrimiento que ello conlleva y si les pone en mejores condiciones para ser entrenados en técnicas que les permitirán mejorar su funcionamiento y que perdurarán una vez que la medicación deje de utilizarse. Esa es la verdadera cuestión.

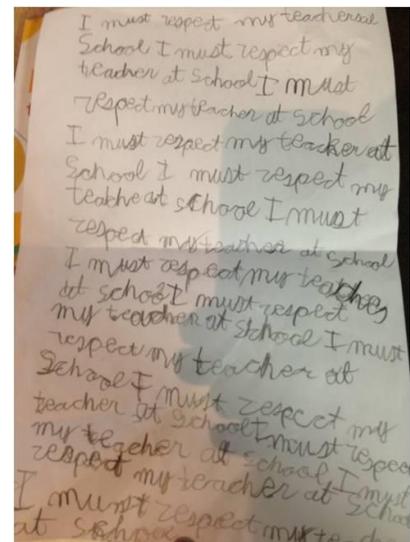
El autor menciona un estudio de hace casi 20 años. Lógicamente no puede exponer en una entrevista de este tipo cómo se realizó este estudio de Quebec pero es importante que la gente que no está familiarizada con cómo se deben realizar los estudios científicos, sepa que los resultados deben interpretarse en el marco del estudio realizado y que la generalización de ese estudio a lo que sucede en nuestro país, por ejemplo, no es tan directo. Los resultados se interpretarán de una u otra manera dependiendo de: la cantidad de sujetos (debe ser representativa de la población de TDAH para poder generalizar los resultados a todo este grupo); de si el diagnóstico de TDAH es fiable; de la edad de los sujetos; de la dificultad del nivel escolar; de los momentos en los que se ha evaluado a los sujetos (por ejemplo ¿dos evaluaciones cada 5 años o evaluaciones anuales?); del tiempo y adecuación del tratamiento farmacológico a cada caso (en un estudio americano muy extenso, por ejemplo, se mantuvo a los sujetos con la misma dosis de fármaco durante años lo que la hacía cada vez más insuficiente y poco efectiva limitando las conclusiones que podrían extraerse de ese estudio) y del tipo de pruebas o test utilizados para valorar el fracaso en el rendimiento o el desajuste, entre otras cosas. ¿Cómo se controlaron otras variables que hayan podido influir como para poder afirmar que los niños con TDAH evolucionaron peor debido al uso de medicación continuada? Para afirmar que las secuelas que los estudios longitudinales normalmente asocian a la mayoría de los niños con TDAH no tratados se deben al efecto de una medicación continuada y no a la falta de efecto de la medicación, se

debería contar en este estudio con un grupo de niños con TDAH muy numeroso, no tratado farmacológicamente y otro, de características similares (mismo nivel intelectual, edad, nivel escolar, tipo de centro educativo) tratado con el fármaco más adecuado para cada uno. Después, será necesario constatar que el grupo que recibe un tratamiento farmacológico empeora significativamente descartando que existan otras variables que hayan podido influir en este grupo y no en el otro. ¿Complejo no? Existen muchos artículos que demuestran los beneficios de la medicación, aunque, como es de esperar, el grupo que mejora más significativamente es el que el recibe un tratamiento mixto farmacológico y psicoeducativo frente a aquellos que reciben tratamiento farmacológico y psicoeducativo, por separado.

—Si el TDAH no es un cuadro clínico, pero sí un problema de conducta, ¿qué pueden hacer los padres afectados?

Marino Pérez —Lo difícil hoy en día es que [los padres puedan tener una atención más continuada y sosegada con los niños](#). Pero la atención y la actividad se pueden aprender, y mejorar. Hay estudios hechos y publicados en la versión americana de *Mente y Cerebro* con niños pequeños abocados o candidatos a recibir el diagnóstico. Se les enseñaba a los padres a realizar diversas tareas con esos pequeños, con el objeto de educar la atención y su impulsividad. Y se ha comprobado que con estas actividades consistentes en juegos tipo «Simon dice», donde uno tiene que esperar a responder cuando se le pide algo, se ha logrado que los niños mejoren y controlen la impulsividad o los comportamientos que les abocaba al TDAH.

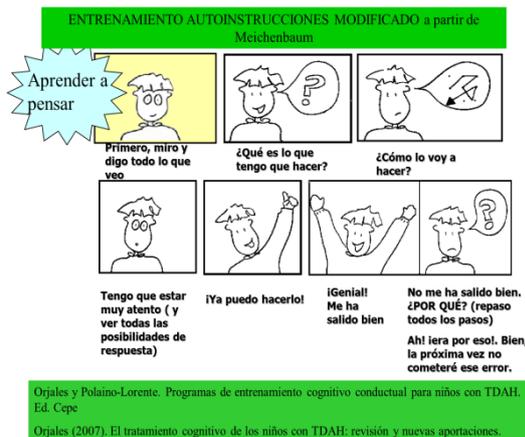
Comentario de Orjales: Por supuesto que la atención y el autocontrol se educan y por supuesto que los niños pequeños (*Simón dice...* es un juego para preescolares) cuando muestran un perfil de síntomas asociados al TDAH mejoran si se dan las pautas educativas adecuadas a los padres y si se mejora la educación y la estimulación que reciben (por este motivo es fundamental la intervención temprana y por eso parte de la intervención en niños con TDAH se fundamenta en medidas para casa y para el colegio). Pero un niño solo llega a ser diagnosticado de TDAH cuando presenta: síntomas crónicos, con una evolución resistente a las medidas educativas familiares y escolares habituales, si los síntomas no se explican únicamente por factores puntuales ambientales y si crean un deterioro significativo en algún ámbito de su vida.



Pero, sin duda alguna, la mejora del niño con TDAH requiere de la optimización del ambiente familiar y de las medidas educativas. Es indispensable que una parte de la intervención se dirija a la formación de los padres en aspectos como:

- El conocimiento del trastorno y sus implicaciones
- El conocimiento de las características particulares de su hijo/a
- Optimización de la organización familiar y ajuste en las normas y los espacios
- Orientaciones sobre el modo de ajustar la exigencia educativa a la inmadurez del niño/a

- El entrenamiento en técnicas de modificación y control de la conducta y en estrategias para la toma de decisiones que conduzcan a una mejor resolución de problemas cotidianos.
- Las habilidades para ayudar al niño a generalizar a los deberes las estrategias aprendidas en las sesiones de intervención
- Orientaciones en la toma de decisiones educativas y en el mejor modo de comunicación con el centro educativo y los profesores.
- Orientaciones sobre el mejor modo de recoger la información que puede necesitar el médico para ajustar la medicación en el caso de que sea prescrita.
- Detección y control del estrés parental.



El boom de investigaciones que enfatizaban los tratamientos comportamentales para el TDAH se dio en los años 80 en EEUU (en España no se hablaba entonces de TDAH) e iban más allá de la intervención con familias. Se centraban, también, en el entrenamiento comportamental con el niño (con la utilización, por ejemplo, de premios, castigos, coste de refuerzo o demora obligada antes de responder a una tarea). Pero los resultados se confirmaron más eficaces cuando se comenzaron a incluir, de forma combinada, técnicas cognitivas (como el entrenamiento en autoinstrucciones dirigido al control del pensamiento impulsivo que

permitía al niño automatizar una serie de pasos reflexivos para la resolución de tareas) y cuando la intervención incluyó también a la escuela. La investigación a la que alude el autor y que apareció en *Mente y Cerebro*, una revista de divulgación, refleja un estudio sobre la eficacia del entrenamiento educativo y comportamental en la reducción del comportamiento disruptivo en niños preescolares con riesgo de TDAH. Hay muchos estudios al respecto pero no se puede interpretar, a partir de ellos, que eso pruebe que el TDAH no exista y que todo el problema de los niños con este perfil se solucionaría con fomentar las escuelas de padres. Eso ya se ha hecho, y es indispensable pero se ha demostrado insuficiente. No un par de años participé en unas jornadas en donde un gran experto en TDAH americano que se había dedicado durante muchos años a investigar sobre el tratamiento farmacológico, hablaba sorprendido y entusiasmado de las mejoras que se podían conseguir en niños preescolares con riesgo de TDAH con medidas educativas del tipo de una “escuela de padres”, algo en lo que sí estamos familiarizados en nuestro país. Es posible que la enfatización de los modelos médicos y de los tratamientos farmacológicos nos haga olvidar la existencia de mejoras con otro tipo de intervención. Pero, volviendo a los resultados de estudios de detección con preescolares, algunos de estos niños que podríamos denominar “de riesgo de TDAH” (por la intensidad de los síntomas que presentan en preescolar), evolucionarán hacia la normalidad no cumpliendo, en los años siguientes, los criterios necesarios para el diagnóstico del trastorno. Pero otro grupo de niños, incluso aquellos que mejoraron significativamente, seguirán manifestando las dificultades propias de un niño con TDAH aunque, en este caso, con un nivel de desajuste comportamental más aceptable. Y, debemos saber también que, como se ha demostrado en otros estudios parecidos, una parte de los niños que no alcanzaban criterio para el diagnóstico de TDAH en Educación Infantil (porque los síntomas no incluían hiperactividad e impulsividad evidentes, porque su cuadro era moderado y en esa edad no se presentaba tan desajustado como se notaría posteriormente o porque su maravillosa profesora lo consideraba algo “peculiar” y no

“fuera de norma” porque sabía cómo manejarle...) sí mostrarán dificultades y cumplirán los criterios necesarios para el diagnóstico cuando pasen a Primaria o a Secundaria. Lamentablemente, los cuadros que presentan los niños con TDAH requieren algo más que un entorno estimulante y comprensivo.

El diagnóstico de TDAH exige que el niño tenga cierto recorrido vital para poder valorar si se cumple el criterio de cronicidad de los síntomas, para descartar que se deban a acontecimientos estresantes y puntual que pudieron coincidir en ese momento de su vida y para valorar si producen o no desadaptación. Por este motivo, el diagnóstico definitivo y fiable puede tardar incluso uno, dos o tres años (dependiendo de la edad del niño, las circunstancias y lo que mareen las familias los especialistas). ¿Qué hacemos mientras tanto? Lógicamente, proporcionar la intervención psicoeducativa específica necesaria para tratar la sintomatología que presenta. Insistimos, por tanto que, **la intervención psicoeducativa debe comenzar antes, incluso, de que el diagnóstico sea definitivo.** ¿Cuándo?, **cuando las dificultades que presenta el niño no remitan claramente con las medidas educativas y familiares habituales.** Porque en ese momento, tendremos ya un problema, quizá no podamos ponerle etiqueta, pero el problema ya existe y requiere intervención específica. Después, si el niño tiene TDAH, veremos que las mejoras serán más costosas y difíciles de mantener en el tiempo respecto, por ejemplo, a la evolución de otros niños pero habremos conseguido frenar la intensidad con la que se manifestaba el cuadro y habremos reducido la desadaptación y evitado parte del sufrimiento asociado a este tipo de problemas.

Mientras tanto, usted señala que las asociaciones de afectados tienen publicidad en sus webs de los laboratorios farmacéuticos implicados en la fabricación de los medicamentos.

Marino Pérez: —Si usted echa un vistazo a alguna de ellas lo podrá comprobar por usted misma. En mi opinión, las asociaciones de padres y afectados por el TDAH, si no quieren hacerle el juego a otros intereses, debieran tener prohibido en sus estatutos recibir financiación de los fabricantes de medicación, y utilizar como divulgación sus explicaciones y panfletos. Es como si ponemos al lobo a cuidar de las ovejas. Aunque los laboratorios reciban cuantiosas multas por la inapropiada promoción de sus preparados y afirmaciones engañosas acerca de su eficacia, como los 56.5 millones de dólares que tendrá que pagar el principal fabricante de medicamentos para el TDAH, no será nada comparado con los 1.200 millones de dólares que tiene previsto ganar en 2017 con uno de ellos. De estas cosas también hay que hablar cuando se habla de TDAH.

Comentario de Orjales: Como ya hemos señalado antes, que las empresas farmacéuticas se lucran es una realidad a ojos de todos pero ¿es motivo para negar la existencia de un trastorno? Si hubiera un medicamento para la dislexia, desde luego que las empresas farmacéuticas estarían interesadas en que se diera a conocer ese trastorno y apoyarían la creación de jornadas, congresos y seminarios informativos. Pero la dislexia no deja de existir porque no hayan dado con un fármaco que pueda contribuir a su mejora. Tampoco el TDAH. ¿Asociaciones de familias que tengan publicidad directa de las empresas farmacéuticas? No conozco ninguna. Lo que sí conozco son páginas de farmacéuticas que informan sobre el TDAH. Y lo que sí puedo afirmar rotundamente es que los padres de niños con TDAH no desean medicar a sus hijos y, menos con una medicación que se alarga durante años y que, además, tiene un coste caro. Lo que sé también es que a estas empresas se benefician de que se conozca qué es el TDAH y que muchas asociaciones recurren a ellos para completar la financiación necesaria para organizar jornadas o

seminarios de información sobre el trastorno porque no reciben muchas ayudas de otras fuentes y las cuotas de socios no pueden ser muy altas dado el coste que tiene el tratamiento de un niño con TDAH para las familias. No hay que olvidar que hasta el año 2013 el TDAH como tal no existía ni tan siquiera para el Ministerio de Educación. En esos seminarios se habla básicamente de qué es el TDAH, algo que, desgraciadamente, no va a desaparecer por muchos que sean los intereses de las farmacéuticas en sus tratamientos. La controversia con las farmacéuticas es un tema recurrente así que, desde mi perspectiva no médica, me parece sensato aplicar el sentido común y deseo, por ello, compartir algunas observaciones:

- El TDAH tiene un tratamiento farmacológico que funciona. Otros trastornos como la dislexia o la discalculia no disponen de algo así, por lo que la intervención es exclusivamente psicoeducativa. Hasta dónde yo sé, el cáncer y el SIDA también tienen tratamientos farmacológicos y no precisamente baratos pero no se me ocurre pensar que los, puede ser que hasta “indecentes”, beneficios de las farmacéuticas sean motivo para negar la existencia de estas enfermedades.
- Como ya hemos comentado antes, la investigación que existe en torno a la medicación y el TDAH es vertiginosa. Todos sabemos que a las empresas farmacéuticas les interesa investigar sobre trastornos de los que luego puedan sacar fármacos que les aporten grandes beneficios y, en este caso, el TDAH no es un trastorno que podríamos englobar dentro de las “enfermedades raras” minoritarias en la que a pocos les interesa profundizar. Me encoleriza tanto como a usted pero sigo sin ver el motivo para negar que exista el trastorno.
- Solo consultando una base de datos de revistas de investigación (MEDLINE) puedo encontrar, a día de hoy, 167.555 artículos de investigación científica introduciendo simplemente las palabras: *Attention déficit disorder + medication*. Y el público en general, debe saber que estos artículos no se pueden publicar así porque sí, requieren de un comité de admisión de expertos que decide si el estudio al que se refiere el artículo está bien diseñado y la exposición de resultados cumple los requisitos de objetividad y sistematicidad del método científico. Se refieren, además, a estudios que requieren controles exhaustivos tanto en la selección de la muestra de sujetos con la que se va a realizar el estudio, como con el control de variables externas que podría sesgar los resultados. Por ejemplo, un estudio que quiera valorar la eficacia de la medicación debe controlar que los evaluadores que recogen los datos de mejora de los pacientes sean “ciegos” a qué personas de las que están evaluando han recibido la medicación auténtica y cuáles han recibido el placebo (la misma pastilla en apariencia pero sin el fármaco que se está probando). De otro modo su opinión puede sesgar los resultados.
- Hacer una revisión actualizada para enterarse realmente de los estudios sobre medicación y TDAH supondría revisarse, por lo menos, ¡los resultados de los 57.508 artículos publicados solo en los últimos 5 años!
- Personalmente, como profesional de la educación, no me preocupa demasiado que haya farmacéuticas, incluso prefiero que haya más de una porque pienso que, además de las oficinas para el control de los medicamentos que ya existen, la competencia hará que: las compañías se controlen unas a otras, por ejemplo, en cuanto a posibles efectos secundarios se refiere, porque la variedad de fármacos hará más fácil que el médico pueda prescribir el más adecuado a cada paciente y porque la competencia abaratará sin duda los precios.

- Y estoy de acuerdo, por supuesto, que debería fomentarse más la financiación para investigación, divulgación y encuentros científicos independientes de las farmacéuticas. Yo y todo el que conozco, en especial los familiares de pacientes de enfermedades raras que no son de interés para las compañías farmacéuticas.
- Las farmacéuticas parecen cuidarse mucho de que no pueda acusárseles de publicitar sus fármacos cuando apoyan encuentros entre profesionales, cursos o congresos. Incluso piden a los conferenciantes la exposición que van a hacer con anterioridad al evento. No soy quien para juzgar a ninguna empresa por fomentar que se conozca el trastorno para el que han invertido dinero en la creación de un tratamiento, pero sí veo algunas pegadas que me gustaría comentar. Estas empresas, cuando financian encuentros de expertos solicitan que el panel de expertos conferenciantes sea fundamentalmente médico (por ejemplo, neurólogos, pediatras, psiquiatras y neuropediatras) porque, lógicamente, les interesa atraer a su público objetivo que son los médicos (y a los médicos nos les suele interesar tanto escuchar resultados de estudios que no sean de su área). Y eso está bien, pero da una mayor visibilidad al enfoque médico en el diagnóstico y la intervención de cara a los medios de comunicación, los pacientes y al público en general. La información que llega no es errónea, en absoluto, es, desde mi punto de vista, más bien incompleta puesto que concede un peso y una visibilidad mayor a la visión médica en el diagnóstico y en la intervención en un trastorno que, claramente, requiere un enfoque multidisciplinar. Y si nos ponemos a ser críticos, también existen asociaciones de afectados que, en realidad, tienen detrás centros psicológicos o pedagógicos privados no siempre sin ánimo de lucro, asociaciones que trabajan básicamente con un solo médico especialista y médicos con consulta privada y/o en la Sanidad Pública que montan sus propios centros de diagnóstico e intervención psicológica y educativa. Algunas cosas pueden chirriar pero ¿es todo esto motivo para que se pueda afirmar a la ligera que todo esto es una invención de farmacéuticas o de padres desnaturalizados? Con el mismo argumento simplista y sesgado podríamos afirmar que a los políticos de este país les podría interesar apoyar la no existencia del TDAH para ahorrarse la inversión que supone proporcionar asistencia médica y apoyo educativo a este cuantioso número de niños.
- En cualquier caso, la medicación tiene un efecto muy limitado, importante, no voy a decir que no, pero limitado. La medicación reduce la hiperactividad, la impulsividad y mejora la capacidad de atención mientras está en el organismo y eso facilita al sujeto el aprendizaje de estrategias que sí perdurarán una vez que la medicación deje de utilizarse. Además, bien prescrita y en el momento adecuado, ayuda a que el sujeto sufra menor número de experiencias frustrantes al hacerle más fácil responder a las demandas del entorno (lo que le permite mantenerse más ajustado mientras damos tiempo a que la intervención psicoeducativa haga su efecto y mientras su sistema nervioso madura).
- Pero, una vez ajustada la medicación, el resto de la intervención es psicológica, educativa y social. Y eso engloba aspectos fundamentales como: conseguir la mejora de todas las áreas del desarrollo con el fin de evitar el deterioro y para prevenir problemas futuros; ayudar al mejor autoconocimiento del sujeto; favorecer el desarrollo de otras potencialidades; desarrollar estrategias de compensación y de afrontamiento de las dificultades; evitar la falta de base y la exclusión escolar; prevenir situaciones de aislamiento o acoso escolar, etc. Incluso para la detección y diagnóstico de trastornos comórbidos al TDAH. Muchas veces se ignora, por

- ejemplo, que un tercio de los niños con TDAH tienen, además, un trastorno del aprendizaje (dislexia, discalculia, disortografía...) que es necesario diagnosticar de forma temprana.
- La medicación, por otra parte, exige un diagnóstico a fondo y no debería suponer una prescripción automática.
 - La medicación exige una atención y seguimiento que supone tiempo y atención personalizada y eso es algo que no es fácil de conseguir en muchos casos.
 - La medicación la prescribe única y exclusivamente un médico que es, con su equipo de trabajo, quien debería atender las dudas de las familias y de los pacientes, a quien correspondería informar y formar en la comprensión de lo que sea necesario para mantener la adecuada adherencia al tratamiento cómo se hace en caso de otros trastornos crónicos. Sin embargo, todavía es necesario que este enfoque cale y que todo esto se organice debidamente.
 - Por otra parte, la información necesaria para que el médico pueda hacer la prescripción adecuada, elegir el tipo de fármaco y ajustar la dosis requiere de una recogida sistemática de datos que debería organizar el equipo médico y que debe facilitar la familia y los profesionales que habitualmente trabajen con el niño. Por lo tanto la coordinación con la familia, los profesores y con el profesional a cargo de la intervención psicoeducativa, que son los que están en “las trincheras” y observan los cambios directamente, es imprescindible. Y aquí parece realmente importante la labor de los pediatras. Hace ya unos 10 años me llamaron para que participara, junto con 4 profesionales del área médica, en un curso de formación sobre TDAH para pediatras de atención primaria de una de nuestras comunidades autónomas. El mensaje que se les quería transmitir, desde el ámbito médico, era la formación en el TDAH y confianza de que ellos, como pediatras, podría diagnosticar el TDAH sin necesidad de derivar los niños, más que en casos de sospecha de otra patología, al neurólogo. Recuerdo los comentarios de muchos de los pediatras respecto a la falta de tiempo para dedicarse a una tarea que requería, como coincidíamos todos los ponentes, en un análisis y seguimiento muy a fondo del paciente, su evolución, nivel de desarrollo y características de su entorno. Pero recuerdo, también, la comparecencia de una pediatra que nos hizo caer a todos en la cuenta de que, aunque es tristemente cierto que los pediatras tienen muy poco tiempo por paciente, en realidad y como afirmaba ella, también tienen muchos 10 minutos a lo largo de la vida del niño, puesto que lo ven en muchas circunstancias, que, en ocasiones, conocen a más de un hermano y que tienen más información sobre cómo es la familia del niño y cómo lo llevan que otros especialistas que tienen un contacto puntual. Y toda esta información resulta muy importante para el diagnóstico de este trastorno.
 - En cualquier caso, en el marco del TDAH, la medicación es un tratamiento de apoyo más, importante sí, pero no el único. Cuando lo prescribe el médico y antes de descartar su uso “por principio” y desaparecer para siempre de su consulta, aconsejarían a los padres que no temieran exponer sus dudas al especialista e incluso plantearse, probar unos días el efecto de la medicación y volver para comentar los resultados. Creo que antes de prescindir del tratamiento, los padres deberían saber a qué están renunciando. Por suerte, el principio activo de la mayoría de los fármacos para el TDAH tiene efecto muy inmediato (al cabo de una hora escasa) por lo que es relativamente sencillo poder valorar una primera respuesta en el niño y tener esa información antes de tomar la decisión de prolongar el tratamiento o de renunciar a él.

En definitiva, todo puede ser muy criticable pero no se trata de limitarse a simplificar las cosas con una negación absurda y generalizada de este trastorno. Se trata de saber por qué se consideran estos criterios diagnósticos, de saber cómo se debe realizar el diagnóstico y de hacerlo bien. No solo para saber si todo el que está diagnosticado de TDAH tiene TDAH, también para poder constatar si realmente no tiene TDAH el que se ha evaluado y se ha descartado como tal.

A modo de resumen para los interesados en entender la realidad del TDAH:

- **El diagnóstico de TDAH se basa en criterios clínicos, los test y las pruebas médicas son información complementaria.** Confirmar si se cumplen o no dichos criterios, no es tan sencillo. Requiere un estudio y un conocimiento del paciente, sus circunstancias, su evolución, sus antecedentes familiares, los estresores vividos, etc. Algo que, lamentablemente, va mucho más allá, de lo que suele hacerse habitualmente.
- **El diagnóstico requiere que los profesionales formados y experimentados recojan la información necesaria de todas las fuentes y medios posibles:** observación directa del niño/a, historia clínica y historia educativa, síntomas actuales y su evolución, ejemplos de situaciones concretas, identificación de problemas de adaptación en algún área de su desarrollo, análisis cualitativos y cuantitativos de pruebas cognitivas, cuestionarios de comportamiento cumplimentados por profesores y padres, análisis de las producciones escolares, historia de accidentes, comentarios en las notas escolares, historia de los tratamientos recibidos y los efectos observados, además de todas aquellas pruebas médicas que se consideren necesarias. Valorar si el niño cumple o no criterios de la Asociación American de Psiquiatría (DSM-5) requiere por lo menos que el experto o el equipo de expertos (y no dependiente únicamente de los resultados de un cuestionario de conducta cumplimentado por los padres y profesores) concluyan: (1) que el niño muestra unos síntomas en cantidad e intensidad significativa, impropia de la edad cronológica, el nivel de desarrollo y la educación recibida, (2) que esos síntomas se perfilen más crónicos que pasajeros (que vayan con él desde siempre aunque no se consideren desadaptativos hasta un determinado momento), (3) que los síntomas se den en más de un ambiente (aunque se manifiesten más claramente en un contexto), (4) que los síntomas no se expliquen sólo por condiciones ambientales o por el impacto de estresores vitales (y si el niño está viviendo determinados estresores, se debe llegar a la conclusión de que éstos empeoran el cuadro de síntomas pero no son el único motivo de su aparición), (5) que los síntomas crean problemas en algún área de su desarrollo (personal, académico/laboral, social..) y que requieren una intervención específica para que el cuadro no empeore y (6) que los síntomas no se pueden explicar mejor y únicamente por la presencia de otro tipo de trastorno.
- **Sin embargo, muchas personas, incluso muchos profesionales parece pensar que el diagnóstico se limita a valorar el criterio A del DSM-5: la intensidad de los síntomas desajustada para la edad.** Y eso es un grave error. La mayor parte de los informes diagnósticos que han caído en mis manos centran la evaluación en test psicológicos (muchos de ellos evalúan la misma dimensión, por ejemplo, la atención con pruebas similares) y en los resultados de una escala de conducta para padres y para profesores. Nada más. La cronicidad se plantea únicamente preguntando cuándo aparecieron los síntomas (que en realidad significa cuándo llegaron quejas del colegio o cuando se percató usted de que esto era un

problema) y la desadaptación se fundamente en preguntar si el niño suspende o en qué medida hay quejas del colegio o la familia sobre su mal comportamiento. No siempre parecen haberse planteado un diagnóstico diferencial ni muchas veces se descarta la existencia de trastornos comórbidos (como la dislexia o la discalculia que tienen afecta a un tercio de los niños con TDAH). El criterio A, la intensidad de los síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad, por desadaptativa que sea, es suficiente para detectar que se necesita intervención psicoeducativa pero no es suficiente para confirmar un TDAH.

- Por otra parte, **confirmar que se cumplen las condiciones de diagnóstico, la mayoría de las veces lleva mucho tiempo, tiempo para conocer a fondo el caso y tiempo para comprobar que los síntomas son crónicos y no se deben a factores puntuales.**
- **En niños pequeños se puede describir un cuadro de “riesgo de síntomas de TDAH” y poner en marcha las medidas educativas y terapéuticas que contribuyan a disminuir el cuadro de síntomas problema, estimular capacidades y controlar la desadaptación.** Si el cuadro remite y el niño no manifiesta dificultades los años siguientes sin necesidad de apoyo específico, no estaremos hablando de niño con TDAH. El TDAH exige que se demuestre cronicidad y perseverancia de los síntomas, en relación con la evolución de todos los niños. Por este motivo no es fácil que se pueda diagnosticar un TDAH en edad Preescolar, pero sí podemos describir un cuadro intenso, desadaptativo y que requiere intervención por “riesgo de TDAH” (no es una entidad clínica pero resulta útil y descriptivo de cara a la toma de medidas terapéuticas y de cara a la prevención).
- **La evaluación dirigida al diagnóstico de TDAH debe comparar el comportamiento y habilidades del niño en relación a lo que han desarrollado los niños de su edad.** Es decir, el TDAH no se define, por ejemplo, por “problemas de regulación de la atención”, sino por “problemas de regulación de la atención más allá de lo que son lógicos para la edad de desarrollo que tiene el niño y en relación a la estimulación y educación recibida”. Y es así, porque la regulación de la atención depende de estructuras cerebrales que están en maduración en todos los niños y en los TDAH se observa un cierto retardo en la maduración cortical. En una investigación longitudinal realizada con el mismo grupo de más de 200 niños a los que se le realizó durante años resonancias magnéticas con el fin de medir el aumento en el grosor cortical fruto de la maduración, se descubrió que el nivel de maduración cerebral que alcanzaban los niños sin TDAH a los 7,5 años, lo alcanzaba la mayoría de ese grupo concreto con TDAH, a los 10 años.
- Por otro lado, como el trastorno refleja síntomas que tienen todos los niños y que pueden darse o verse muy influidos por factores educativos y ambientales, **el diagnóstico requiere confirmar que, de existir estresores ambientales en la vida del niño** (fallecimiento de un familiar, cambios de domicilio, divorcios, nacimiento de un hermano, acoso escolar, etc.) **éstos empeoran el cuadro de síntomas pero no parecen causarlo puesto que los síntomas se daban antes de la aparición de esa situación de estrés.**
- Lo importante es pensar que: el mejor tratamiento de un niño no es el que se deriva de su diagnóstico, de su etiqueta de TDAH. **El tratamiento no lo dicta la “clasificación (salvo para el tratamiento farmacológico), no hay paquetes de intervención psicoeducativa estándar que sean efectivos por igual para todos los niños, aunque tengan el mismo diagnóstico. Aunque existen investigaciones que sí demuestran su eficacia, es necesario personalizar esos paquetes de técnicas para cada caso.** Cada niño con TDAH es un mundo aunque cumpla

criterios comunes a otros niños con el mismo diagnóstico. Este es un trastorno de base neurobiológica pero que se ve modulado por efecto de la estimulación e intervención educativa. El modo en que afecta el TDAH es diferente en cada niño (aunque no se pueda medir el impacto biológico hay niños en el que el cuadro se intuye más severo), el modo en que el propio niño compensa los síntomas con otras habilidades y capacidades es también diferente. Y diferente es el modo en que es exigido por el entorno, el modo en que vive emocionalmente las dificultades que van surgiendo, el modo en que es contenido por sus padres (que pueden tener o no tener ellos mismos TDAH, que pueden tener formación, que pueden tener o no tener tiempo de dedicación, etc.) y el modo en que se le ayuda y exige desde el centro educativo.

- Ese tipo de tratamientos “paquete” se describen en las tesis doctorales (mi tesis, por ejemplo, trataba de demostrar la eficacia de un programa cognitivo comportamental en 30 sesiones de intervención) pero sólo se utilizan de este modo en investigación porque, una investigación controlada exige que el programa sea idéntico para todos los participantes (de otro modo no se puede medir su eficacia). Pero en **la intervención clínica del mundo real, cuando el objetivo no estudiar programas sino mejorar a las personas, los tratamientos deben partir de la selección de técnicas y medidas que se han comprobado científicamente eficaces, que se individualizan y se adaptan a cada caso particular**. No hay técnicas milagro, no hay programas ideales para todos los TDAH. Pero si es una responsabilidad de los profesionales elegir el paquete de técnicas más adecuado dentro de las que han demostrado ser más eficaces.
- **Lo importante para la intervención no es encontrar la etiqueta, realmente no importaría tanto si yo lo llamo TDAH y el otro lo llama de otra manera siempre y cuando ambos seamos capaces de entendernos y de : (1) partir de un estudio muy a fondo de sujeto (que nos permita conocer su perfil comportamental, cognitivo, social, emocional y de aprendizajes) y (2) diseñar la intervención más ajustada a ese perfil, a la situación personal y al marco en el que crece el niño.** Poner etiquetas y definir criterios es necesario para que hablemos el mismo lenguaje entre especialistas y para que puedan realizarse investigaciones que nos den pistas sobre la eficacia de técnicas y medidas de intervención y sobre el pronóstico a largo plazo. Si tras esa exploración exhaustiva que nos permite diseñar la intervención, podemos tener claro además que el niño cumple los criterios que sirven de consenso para describir un trastorno específico (por ejemplo, DSM-5), eso nos aportará algo más de información útil para comprender a nuestro “paciente”. Nos dará más pistas sobre su posible evolución (en relación a cómo evolucionan niños con cuadros parecidos en las investigaciones realizadas hasta el momento) y sobre qué tratamientos parecen haber demostrado ser más eficaces (en estudios científicos estadísticamente controlados y no sólo teniendo en cuenta aquellas experiencias puntuales realizadas con cuatro niños y sin control metodológico ninguno que pueden reflejar mejoras al azar o debidas a factores no controlados). La etiqueta no dicta un tratamiento universal. Además, la mayoría de los cuadros que presentan los niños no son cuadros puros asociados a un único problema o trastorno. La mayoría de los niños con TDAH tienen cuadros mixtos que cursan con otras complicaciones: trastorno negativista desafiante, trastorno del aprendizaje, desajuste emocional, trastorno de conducta, adicciones, etc.
- **Pienso que no tiene sentido que un padre se meta en este absurdo debate, lo que necesita cualquier padre de un niño con sospecha de TDAH es que el/los profesionales que evalúan**

a su hijo (por lo menos uno del ámbito médico y otro del ámbito psicoeducativo), sepan lo que hacen, estén formados, le dediquen el tiempo necesario y le haga un estudio “en condiciones” que le permita saber en qué momento está y qué es lo más adecuado que se puede hacer ahora, con este niño, con los recursos de que se disponen y en este marco familiar y escolar concreto. Y que, además, sea capaz de reevaluar los resultados para poder ir ajustando la intervención utilizando las técnicas, materiales y recursos más adecuados en cada caso y ya sea la intervención psicoeducativa, farmacológica o ambas.

- **Es cierto que desde hace unos años el TDAH se ha convertido en un negocio** pero no sólo para las farmacéuticas, para todo, incluida la venta de libros en general, libros de autoayuda, programas de ordenador, gafas de con colores tintados, actividades extraescolares, biofeedback, suplementos alimenticios, etc. Cualquier libro escándalo tiene la venta asegurada, una entrevista en los medios y una comparecencia en TV. Sólo hace falta un vistazo a EEUU y veremos lo que puede llegar aquí.
- **Por otra parte, que un trastorno responda a una medicación es una suerte y no una desgracia.** El especialista podrá optar a esa medicación o no y, en última instancia, los padres decidirán dársela o no. Pero tienen ese recurso. Sería fantástico que los niños autistas y los disléxicos, dispusieran de una medicación que haya demostrado el mismo nivel de eficacia y seguridad a largo plazo y que les ofreciera las mismas ventajas que tienen ahora los niños con TDAH.
- **No se puede plantear si un tratamiento es bueno o malo en general, estamos hablando de niños y personas concretas.** Algunos niños con TDAH pueden evolucionar positivamente sin medicación, para otros la medicación ha supuesto un salvavidas que les ayuda a crecer y que ha frenado la espiral de desajuste en la que habían entrado ellos y sus familias. Y no podemos presionar a los padres tratando de posicionarlos a favor y en contra “por principio”. Simplemente, cada niño debe recibir lo que necesite y cuanto menos medicación, por supuesto, para todos mejor.
- **La medicación “no cura” la disfunción en el TDAH, eso es cierto.** No he leído ningún artículo que afirme lo contrario (ojalá tuviera ese efecto curativo). El efecto es limitado pero no por ello menos importante ni menos necesario puesto que: (1) pone al sujeto en las condiciones favorables y necesarias para que sea efectivo otro tipo de intervención más duradera y (2) porque disminuye el riesgo de desadaptación mientras el sujeto gana en madurez neurológica.
- **Lo que importa en realidad es si esa medicación que se le prescribe a ese niño le compensa en este momento de su vida y de su evolución** (y si lo permiten unos efectos secundarios inexistentes o controlados). Es decir, si la medicación le permite estar en mejores condiciones para aprender las habilidades que sí modelan y ayudan a madurar al cerebro, si le permite entrenar con más facilidad recursos que podrán utilizar con y sin medicación, si le ayuda mientras tanto a demostrar sus buenas capacidades y lo que han aprendido en los exámenes del colegio, si favorece una mejor interacción con los demás (más madura, menos impulsiva, más controlada...) y le ayuda a conservar a los amigos, si le ayuda a controlar sus rabietas, si reduce la posibilidad de que el niño reciba castigos, si le permite frenarse lo suficiente para sopesar mejor las cosas antes de tomar decisiones... En definitiva, si la medicación le permite crecer más feliz, con mejor autoestima y más adaptado mientras madura su sistema nervioso

y damos tiempo a que pueda beneficiarse del tratamiento psicoeducativo. El médico deberá sopesar con la familia el riesgo coste-beneficio.

- **¿Medicar a lo loco? No. Y sin un estudio a fondo y sin el control y seguimiento necesario, tampoco. Pero demonizar los tratamientos farmacológicos, tampoco tiene sentido. Esto no es “café para todos” ni en un sentido ni en otro.**
- **Debemos pedir a los médicos que entiendan la complejidad del TDAH y que se creen equipos multidisciplinares para el diagnóstico y el diseño de la intervención.** ¿Cómo es posible que un cuadro cuyo diagnóstico requiere dedicar tanto tiempo al paciente y a su familia, cuyo diagnóstico es clínico y cuyas implicaciones son más sociales psicológicas y educativas, tenga que posicionarse únicamente en el área médica?
- Los niños con TDAH maduran (más tardíamente pero maduran) una parte importante de la intervención es dotar al niño de recursos para reducir el impacto de la sintomatología y neutralizar los posibles efectos adversos que le hagan ser y sentirse desadaptado, inseguro y acomplejado. Para ello utilizaremos las estrategias psicológicas y educativas que tengamos a mano, además de la medicación si se prescribe como necesaria. **Algunos padres se plantean hacer todo lo posible para utilizar la medicación como un recurso en la ESO pensando que es un momento más complicado para los chico/as y reducir de este modo el tiempo de medicación. La respuesta es sensata. Sí, pero siempre y cuando el niño pueda permitirse crecer haciendo un sobreesfuerzo que no requeriría si estuviera con medicación.** Si llega a Secundaria (que es cuando los síntomas comienzan a moderarse más) con una autoestima por los suelos, con falta de base académica en algunas asignaturas, habiendo sufrido fracaso escolar y a veces experiencias de bulling, con poca tolerancia al esfuerzo (agotado de tener que sobre compensar siempre) y con una nula tolerancia a la frustración, quizá no compense la espera. La medicación mejorará su capacidad de concentración, entonces, hará que se canse menos cuando tenga que estudiar y será menos impulsivo al realizar un examen pero no tendrán efecto sobre aspectos como que el chico o la chica, cansados de luchar, no quieran hacer el examen, no se vean capaces de abrir un libro o respondan a mínimos por temor a esforzarse y volver a fracasar de nuevo.
- En el artículo se dice que el diagnóstico de TDAH *“no se establece sobre criterios objetivos que permitan diferenciar el comportamiento normal del supuestamente patológico...” se apoya en que “no existen pruebas clínicas ni de neuroimagen (como TC, RM, PET, etc) ni neurofisiológicas (EEG, ERP) o test psicológicos que de forma específica sirvan para el diagnóstico. Lo que nosotros decimos en esta obra, con toda seguridad, es que no hay ningún biomarcador que distinga a los niños TDAH”.* Efectivamente eso no lo dicen solo los autores, es una afirmación de todos los expertos y desde hace años. No existe un marcador que sólo tengan los niños con TDAH, una causa única que pueda detectarse y que sólo tenga este grupo de niños. Si el cerebro humano fuera tan simple y si tuviéramos tablas que indicasen claramente cómo se desarrollan las funciones cerebrales sería estupendo. Pero tampoco existe para muchos otros trastornos como la dislexia o la depresión, o el trastorno del lenguaje, etc. Y nadie niega que existan y que se puedan diagnosticar y tratar.
- Por ejemplo, se suele pensar que el niño con TDAH tiene “déficit de atención” y se piensa en ello como un “cacito de atención más pequeño”. Por lo tanto, si el niño no hace nada en toda la mañana y cuando se le amenaza con un castigo y se le vigila de cerca, termina las tres fichas, eso se toma como una prueba de que no tiene tal déficit y que por lo tanto no tiene

TDAH. El niño con TDAH muestra más dificultades en regular la atención a demanda del entorno (no se nota tanto cuando está muy motivado en su propia tarea), muestra más fatiga y es menos eficaz o más lento cuando tiene que mantener la atención sostenida en tareas monótonas. Que se distrae todo el mundo lo entiende, pero no siempre se cae en la cuenta de que también puede mostrarse, hiper-enfocado en una actividad que le absorbe sin ser capaz de atender, en esos momentos, a otros estímulos a su alrededor como lo haría otro niño o niña de su edad. Siendo así, es lógico pensar que un test de atención pudiera servir para el diagnóstico. Y es cierto, nos da pistas sobre su funcionamiento que apoyan o no el resto de la información que vamos recogiendo, pero no se puede considerar un criterio que deban cumplir todos los chicos. Un niño con TDAH suele hacer este tipo de tareas mal pero también lo hace mal un niño con depresión, ansiedad, desmotivado o un opositor al que haya caído mal el evaluador. La ejecución en los test es una información más que utiliza el especialista para valorar si el niño presenta síntomas de desatención significativas. Al igual que la información de los padres y los profesores en cuestionarios, entrevistas, el análisis de los trabajos escolares, la entrevista con el niño, la observación, la discrepancia en la ejecución en diferentes tipos de tareas y en test cognitivos, entre otros.

Madrid, 11 de diciembre 2016