Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: la medicalización escolar

Ponente: Maribel Valiente
Tutor: Javier González de Dios

Introducción

Ya lo decían nuestras abuelas… "¡Niño estate quieto, parece que tienes azogue! ¡Eres un culo de mal asiento!" En nuestro ámbito, podemos encontrar otra etiqueta: trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
Es el trastorno de conducta más frecuente en la edad pediátrica. Se puede definir como una combinación variable de dificultades para prestar atención y concentrarse, presencia de un nivel alto de actividad, inadecuado para la edad del niño o de la niña (aunque se pone cotas al término "inadecuado", resulta demasiado subjetivo) y un deficiente control de impulsos.

Identificación del problema

El TDAH es un trastorno que afecta a un número cada vez mayor de niños y adultos. En el transcurso de cinco años, en Estados Unidos las cifras de TDAH han aumentado en un 22%, lo que significa que ahora uno de cada diez niños está diagnosticado de TDAH y esto supone hasta un total de 5,4 millones de casos entre 4 y 17 años en ese país para una enfermedad cuyo diagnóstico es aún incierto. En España su prevalencia se ha estimado en un 6,7%,(1). Si se analizan críticamente estas cifras casi epidémicas, es fácil que surja la pregunta: ¿existe dicho trastorno o es una invención que origina muchos beneficios económicos y evita muchos problemas de fondo?

Análisis de los hechos

1. DESTERRANTO MITOS: SOBREDIAGNOSTICADO Y SOBREMEDICADO, PERO EXISTENTE

Tan perjudicial es pecar de inocencia como de escepticismo sin fundamento. Es cierto que existen dudas respecto a la prevalencia, etiología, diagnóstico y utilidad de las distintas intervenciones terapéuticas de esta enfermedad. Pero negar su existencia lo único que produce es desconcierto en los niños y adolescentes (con sus respectivas familias) afectados por este problema.
La primera descripción del TDAH se realizó en 1902 y no fue hasta 1937 cuando surgió el primer tratamiento farmacológico. No es una enfermedad que haya aparecido a raíz de la industria farmacéutica; los beneficios que actualmente obtenga son otro tema que trataremos más adelante.

2. ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

El diagnóstico del TDAH es eminentemente clínico y se realiza con el empleo de los criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edición (DSM-V). Estos criterios son cuestionables por varios motivos, a saber: reducción del trastorno a una descripción de síntomas y signos carentes de datos neurobiológicos; agrupación de trastornos que comparten el mismo fenotipo conductual; y por último, la sospechosa cantidad de acciones en la industria farmacéutica que tienen los responsables de establecer estos criterios (no exento de cierta connivencia con

sociedades científicas, asociaciones de afectados y otras organizaciones).
Respecto a la edad de inicio de los síntomas, de entre todas las patologías derivadas a una consulta de Neuropediatría, el TDAH es la única que muestra un patrón estacional, siendo los niños nacidos en el último semestre del año los que tienen más riesgo de ser remitidos para su estudio. Esto sugiere que los niños más inmaduros de la clase tienen más riesgo de ser diagnosticados de TDAH por presentar más datos de inatención e inquietud psicomotriz. (2)

3. POSIBLES CAUSAS DEL SOBREDIAGNÓSTICO

- Mayor conocimiento acerca del TDAH: por parte de los profesionales que lo atienden (médicos, profesores y psicopedagogos), con una mejor detección, diagnóstico y tratamiento. Un estudio detectó un aumento en el diagnóstico de TDAH en Neurología Pediátrica de un 8'1% en 2002, a un 27'6% en 2013. Concluye diciendo: podríamos decir que el TDAH es a la Neurología Pediátrica lo que la demencia a la Neurología General.(3)
- Instrumentos de diagnóstico incompletos con efectividad discutible; lo que contribuye a etiquetar como TDAH a niños que no lo son. Dificultad añadida para establecer criterios de normalidad en una etapa dinámica como la infancia.
- Cambios psicosociales:
  -La rápida evolución a una sociedad tecnológica dominada por la sobreinformación, los refuerzos externos inmediatos (videojuegos, internet, publicidad), y el consumismo. Todo ello en detrimento de la atención sostenida, la cultura del esfuerzo, la demora de la recompensa, el empleo de estrategias reflexivas y el desarrollo de un autocontrol mental eficaz.
  -El cambio en el tiempo dedicado a la educación de los hijos en los países industrializados, sumado al cambio en los modelos de familia (familias uniparentales, padres divorciados, etc.) supone una inversión menor de tiempo al esfuerzo educativo que supone el establecimiento de límites y modelos de conducta organizada.(2)
  -El desfase del paradigma educativo: en una sociedad cada vez más diversificada y estimulante, el encorsetamiento de la educación resulta contradictorio. Recomendamos ver el siguiente vídeo, sobre el progreso de la educación y el diagnóstico del TDAH: https://www.youtube.com/watch?v=zDZFcDGpL4U
  -Tendencia a la medicalización como solución a todos los problemas. Así, el fracaso escolar (que debido al sistema educativo y las circunstancias antes mencionadas es cada vez mayor) es interpretado como una anormalidad que debe ser resuelta y diagnosticada.

4. TRATAMIENTO DEL TDAH

- Terapia farmacológica: el tratamiento de elección es el metilfenidato. Se ha demostrado que mejora los síntomas clave del TDAH (hiperactividad, inatención e impulsividad) a corto y medio plazo en niños escolares es más eficaz que cualquier intervención no farmacológica aislada.(4)
- Terapia no farmacológica: existe evidencia sobre la efectividad del tratamiento combinado, que incluye tratamiento psicológico cognitivo-conductual, farmacológico e intervención psicopedagógica. (5)

Lecciones varias

Es tal la dimensión del problema, que la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, ante los informes de España en el 2010, hicieron una llamada de atención acompañada de una recomendación hacia los profesionales de la Salud Mental Infantojuvenil para poner el mayor interés en realizar un correcto y estricto diagnóstico, así como establecer un tratamiento medicamentoso solamente con posterioridad a la tentativa de otro tipo de tratamientos psicopedagógicos y/o conductuales.

En el contexto del sobrediagnóstico y la sobremedicación del TDAH, resulta de vital importancia poner en práctica la prevención cuaternaria como estrategia para contener el llamado *disease mongering* (promoción de enfermedades). La prevención cuaternaria nace ante la necesidad de controlar la iatrogenia de la propia medicina, y se puede entender planteándose a uno mismo: "Ante el problema humano que tengo delante, ¿voy a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad que si no fuera tratado como tal?"

Para ello, debemos ser críticos con los instrumentos de diagnóstico, ser conscientes de su base en criterios preestablecidos que no deben sustituir a la observación clínica, y conocer la existencia de otras guías diagnósticas, tales como la Guía de Prácticas Clínicas promovida por el SNS a través del Ministerio de Sanidad y GuiaSalud. Además, el diagnóstico debe completarse con la información multidisciplinar generada por una valoración clínica y psicosocial completas, una detallada historia de la evolución del neurodesarrollo y la conducta, una valoración cognitiva y comportamental, y una recopilación de los informes que aporten profesores y psicopedagogos.

Estemos alerta y hagamos cuanto esté en nuestra mano por hacer de la vida una búsqueda de sentido, no de enfermedad. En cualquier momento de nuestras vidas, pero con especial sensibilidad en la infancia y adolescencia.

Bibliografía

1. Rodríguez Molinero L, López Villalobos JA, Garrido Redondo M, Sacristán Martín AM, Martínez Rivera MT, Ruiz Sanz F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). Pediatr Aten Primaria. 2009;11:251–70.

2. García Peñas JJ, Domínguez Carral J. ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? Evid Pediatr. 2012;8:51

3. Martínez Menéndez B, Escolar Escamilla E, Pinel González A, Cerezo García M, Martínez Sarries FJ, Morlán Gracia L. ¿Ha cambiado la actividad asistencial de la neurología pediátrica en 11 años? Neurología [Internet]. [cited 2015 Feb 1]; Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485314002151

4. Gonzalez de Dios J, Cardó E, Servera M. Metilfenidato en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: ¿realizamos una práctica clínica adecuada? Rev Neurol. 2006;43:705-146

5. Serrano-Troncoso E, Guidi M, Alda-Díez JÁ. Is psychological treatment efficacious for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Review of non-pharmacological treatments in children and adolescents with ADHD. Actas Esp Psiquiatr. 2013 Feb;41(1):44–51.