

postPsiquiatría

donde hablamos de la curación del alma y de la locura, de traidores, víctimas y deserciones, de psiquiatría y filosofía, de antipsiquiatría y postpsiquiatría... (signifique todo ello lo que signifique)

domingo, 17 de agosto de 2014

La invención del TDAH y el Trastorno Bipolar Infantil ("Volviendo a la normalidad", de García de Vinuesa, González Pardo y Pérez Álvarez)

Hoy queremos recomendar la lectura de un libro que nos ha impresionado profundamente y enfadado en no menor medida. Se trata de *[Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil](#)*. Nuestro enfado será compartido por ustedes si lo leen, al ver cómo se va desgranando de forma demoledora y con una amplísima bibliografía de qué manera se ha construido históricamente el diagnóstico de TDAH, sin la menor base biológica documentada, ni en el pasado ni en el presente, con un aumento de prevalencia en estrecha relación temporal con la aparición de los fármacos estimulantes usados para tratar este supuesto trastorno. Se detiene en los sangrantes conflictos de interés con las farmacéuticas, productoras de los derivados anfetamínicos con que suele medicarse a los niños diagnosticados, que tienen los grandes (o pequeños) expertos que promocionan constantemente el trastorno, con la inestimable ayuda de medios de comunicación de masas (como ya señalamos [p.6](#)). Son especialmente duros los capítulos sobre los efectos adversos de los fármacos usados en estos niños y sin duda terrible la ausencia de estudios a largo plazo de los efectos de fármacos que se van a prescribir de forma indefinida. El apartado sobre el trastorno bipolar infantil y su creciente expansión, nos lleva ya a la indignación de que tal campaña de psiquiatrización y estigmatización, por no mencionar el tratamiento con fármacos que están lejos de ser inocuos se pueda llevar a cabo con la connivencia de tantos profesionales sanitarios o educativos que prefieren no plantearse la situación o no se preocupan por dejar de ser ignorantes frente a la misma. Y todo ello, tanto en el TDAH como en el trastorno bipolar infantil, en niños, los cuales, no lo olvidemos, no pueden ni siquiera rebelarse o plantear objeciones sobre este proceso de diagnóstico (de cuadros que, además, quedan ya conceptualizados como crónicos, es decir, causantes de una discapacidad de por vida).

Los autores del libro son **Fernando García de Vinuesa**, licenciado en Psicología, **Héctor González Pardo**, doctor en Biología y profesor de Psicofarmacología, y **Marino Pérez Álvarez**, especialista en Psicología Clínica y catedrático de Psicopatología y Técnicas de Intervención. Los dos últimos son a su vez los autores de otro libro imprescindible que hemos mencionado en varias ocasiones: [La invención de trastornos mentales p.12](#).

Diremos, ya a título personal, que el libro nos ha impactado en el sentido de que nos ha hecho modificar nuestra posición previa sobre el tema. Como ya dejamos dicho en entradas previas donde nos acercamos a la problemática del sobrediagnóstico del TDAH (como [p.13](#) o [p.15](#)), creíamos antes que este cuadro clínico se diagnosticaba de forma exagerada a un montón de niños sanos pero traviosos, impertinentes o distraídos, en vez de reservarse para el mucho más pequeño grupo de niños realmente afectados de TDAH. Sin embargo, tras la lectura detenida de la obra y en vista de toda la bibliografía recogida en la misma, tenemos que reconocer nuestro error y declararnos convencidos por los argumentos defendidos en el libro: **no creemos que exista un constructo tal**

como el TDAH (ni como el trastorno bipolar infantil). Los niños así diagnosticados son, en su inmensa mayoría, niños sanos pero con conductas que su entorno familiar o escolar no sabe tolerar o corregir de forma adecuada, y ante las que profesionales sanitarios o educativos influidos por gigantescas campañas de marketing (tanto de laboratorios en busca de beneficio económico como de profesionales en busca de prestigio) certifican la etiqueta diagnóstica y prescriben el fármaco a continuación. Que haya una muy pequeña minoría de casos en los que aparezcan alteraciones de conducta que se deban a problemas de tipo neurológico de diferentes clases, por lesiones traumáticas, perinatales o de otro tipo, o bien a trastornos psiquiátricos como psicosis de inicio temprano, no significa tampoco que sean TDAH, sino que en cada caso habría que buscar el trastorno real subyacente.

Sí queremos dejar clara una cosa: aunque no creemos en la existencia de enfermedades tales como el TDAH o el trastorno bipolar infantil somos plenamente conscientes de la existencia de niños y padres que sufren por alteraciones de conducta, causadas por y causantes de, diversos malestares a niveles individuales, familiares, escolares o sociales en sentido amplio. Sabemos que los niños lo pasan mal, que sus padres sufren por ellos y que sus maestros y compañeros ven difícil la tarea de ayudarles. Pero situar el problema en un marco mítico de neurotransmisores averiados y la solución en psicofármacos inductores de estados mentales anómalos y potencialmente peligrosos además de adictivos, sólo añade más dolor al problema original. Problema que deberá entenderse y atenderse en su contexto, sobre todo familiar y social, y que sólo allí podrá ser aliviado sin convertir al niño en un discapacitado crónico medicado para un trastorno que no existe.

En fin, que de verdad que recomendamos vivamente la lectura de este libro. Como sabemos que el tema es polémico, nos imaginamos que habrá opiniones encontradas, y encontradas, sobre el mismo. Pero es importante, antes de empezar con las opiniones, repasar bien los hechos. Y este libro está lleno de ellos.

Recogemos a continuación el **epílogo** de la obra que resume, mucho mejor de lo que hemos podido hacer nosotros, el contenido de la misma:

Este libro ha abordado el estatus científico y clínico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (conocido por las siglas TDAH), así como del trastorno bipolar infantil redenido en el DSM-5 como "trastorno de desregulación disruptiva del humor". Se trata, sin duda, de dos diagnósticos controvertidos que, de hecho, dividen a la comunidad científica, clínica y educativa, en cuanto a su entidad: si realmente definen categorías clínicas como *trastornos* neurobiológicos o son *problemas* normales de los niños. Problemas que, aún pudiendo ser importantes en algunos casos, no por ello serían propiamente trastornos o enfermedades. Esta controversia y división alcanza también a los padres, en el centro del escenario, sometidos a menudo a informaciones contradictorias, cuando no son objeto de campañas de marketing farmacéutico.

Las instancias políticas, empezando por el Parlamento Europeo y el Congreso de los Diputados de España, toman también cartas en el asunto, particularmente en relación con el TDAH, con sus iniciativas en favor de la concienciación sobre esta "patología psiquiátrica" y "enfermedad" tan desconocida y oculta, según no se privan de decir. La inclusión del TDAH en la Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) viene a ser su reconocimiento oficial. Supuesto que son bienintencionadas y desinteresadas, estas iniciativas de alta instancia política no dejan de precipitar

determinadas preconcepciones e intereses, cuando todo está todavía en debate, a falta de mayor evidencia y clarividencia.

Estos diagnósticos no sólo se aplican a niños con problemas, realmente. Debido a estas etiquetas y sus formas descriptivas sobre lo que es y no es normal, muchos aspectos normales -pero que demandan más atención por parte de los adultos- están siendo recalificados como anormalidades, como si todo lo que no sea fácil de llevar fuera un problema a tratar. Tenemos, en consecuencia, niños con problemas reales que reciben a cambio diagnósticos falaces y tratamientos sin eficacia y a menudo perjudiciales. La eficacia de la medicación está, si acaso, en la reducción de "molestias" para los adultos, pero no, por ejemplo, en la mejora del rendimiento escolar. Por otro lado, están esos niños tan sólo incómodos de llevar que son enderezados a golpes de diagnóstico y farmacia.

Pero ni siquiera la medicación estaría justificada por la posible ayuda en reducir "molestias". Los padres, con entrenamiento en pautas conductuales, si fuera necesario, pueden dar lugar a mayores y mejores cambios que la medicación y *sin* los conocidos inconvenientes de esta. La revisión de los estudios de más calidad científica muestran que las intervenciones de los padres en pautas conductuales son más eficaces que la medicación para la mejora de los niños preescolares definidos como riesgo para TDAH (Charach *et al.*, 2013). Todo ello, además, dejando el verdadero problema fuera de plano, referido a la atención que demandan los niños y las formas de vida actuales. El contexto natural sobre el que hay que situar y entender estos problemas *con* los niños es el de los "problemas reales" de la infancia y la vida familiar (Southall, 2007). Los problemas reales a los que se refiere esta autora son: la escasez de vida familiar (¿cuántas horas pasan los padres con los niños?), padres que están ausentes de sus niños (no tanto física sino emocionalmente), padres que no atienden a sus hijos cuando están con ellos, padres que tienen expectativas poco realistas de sus hijos, padres que siguen el mensaje de que da igual lo que hagan o padres que ya no confían en sus propios juicios y, por así decir, en el sentido común y buscan "expertos" para que les digan qué hacer (Southall, 2007, p.73).

La conclusión de nuestra revisión de la evidencia científica es que el TDAH y el trastorno bipolar infantil carecen de entidad clínica: no suponen diagnósticos con validez, su etiología no se ha identificado por más que se ha buscado y los marcadores biológicos específicos -genéticos y neurobiológicos- brillan por su ausencia. Todo ello sea dicho sin menoscabo de que estas denominaciones, ya usuales, pueden tener que ver, a veces, con importantes problemas educativos, familiares y escolares. Otra cosa es que estos *problemas* se consideren patologías como sí fueran enfermedades "tratables" como otras cualesquiera, que es lo que hemos revisado aquí y mostrado que no es el caso.

La conclusión coherente con la revisión realizada no permite circunscribir la validez de los diagnósticos a unos pocos casos *realmente* existentes, supuesto que el problema con estos presuntos trastornos fuera sólo de sobrediagnóstico. El problema no es cosa de sobrediagnóstico, sino cosa de entidad, en concreto, de carencia de entidad clínica. La solución no está, por tanto, en reclamar mayor rigor y precisión (criterios más claros, instrumentos más fiables, pruebas con mayor validez), que siempre está bien reclamar, sino en plantear la cuestión de base. Algunos críticos con el TDAH y el trastorno bipolar infantil terminan por reintroducir las concepciones que critican y así contribuir a la confusión, a cuenta de decir que no todos los casos son auténticos trastornos, sino algunos pocos, sin que, de todos modos, haya evidencia para ello. Sería como criticar la noción de milagro, aduciendo que no todos los milagros son auténticos, sino unos pocos. Los problemas que puede haber con la atención, la actividad y el humor de los niños se han de situar en otro contexto, fuera

de la consideración de trastorno biomédico, que ya hemos visto qué da de sí.

Nuestro planteamiento tampoco consiste en "sacar" los problemas en cuestión del ámbito biomédico (psiquiátrico o pediátrico) y ponerlos en el psicológico como entidades, ahora, que fueran propias de la psicología clínica o educativa. Nuestra conclusión y planteamiento es que *no* son entidades "clínicas" definidas, ni psiquiátricas ni psicológicas, sin por ello dejar de referirse como se decía, a problemas que pueden tener los padres y profesores *con* los niños en el proceso educativo familiar y escolar. Pero los problemas no estarían *en* los niños, *dentro* de sus cerebros o mentes, ni encapsulados en sus genes. Si en algún sitio están esos problemas es *dentro* del mundo en el que viven los niños -no dentro de su cabeza-, en relación *con* los adultos y sus propios problemas, circunstancias y formas de vida.

De acuerdo con nuestras conclusiones, los problemas en cuestión se habrían de resituar en el contexto de la cultura, formas de vida, prácticas sociales, políticas educativas y sistemas de enseñanza que configuran el mundo de los niños. En la Introducción de este libro se han señalado, irónicamente, "métodos" para echar a perder a los niños (que si a la escuela van a divertirse, alabanzas a granel, etc.) consistentes en concepciones y prácticas establecidas, que tienen que ver con los problemas conductuales y emocionales de los que hablamos. Los "problemas reales" a los que nos hemos referido, citando a la psicóloga clínica británica Angela Southall, no son sino un aspecto cotidiano de este contexto y formas de vida. La *vuelta a la normalidad* es lo que se necesita, empezando por la cordura, el sentido común y la responsabilidad de unos y otros.

Reutilizando la retórica de la propaganda farmacéutica (referida a que tal supuesta enfermedad es mucho más frecuente de lo que se pensaba, etc.), podríamos decir también que la educación de los niños es "más difícil de lo que se pensaba". Se entiende la complacencia de los padres con el diagnóstico, por la "tranquilidad" que pudiera dar la posible explicación y solución que supone. Sin embargo, a la vista de lo que hay, la pregunta sería: ¿prefieren los padres a un niño "enfermo" o un niño que se comporta como un niño, cuya educación es quizás una tarea más difícil de lo que pensaban? ¿Se prefiere medicar a los niños cuando estos medicamentos han mostrado estar mucho más próximos a la idea de dopaje que a la de medicina?

La campaña de concienciación para el diagnóstico y tratamiento "adecuados" promovida por instancias políticas no se puede decir que sea científica y progresista, pues, ni es científicamente correcta ni a la postre lo es políticamente. No hay evidencia que obligue a pensar esos problemas *con* los niños en términos clínicos y patológicos. Esos problemas de la atención, la actividad y el humor resultan inteligibles sobre el telón de fondo de las concepciones y prácticas educativas -familiares y escolares -, algunas de las cuales se han señalado en la Introducción, así como en capítulos específicos.

Este planteamiento, aquí avalado y razonado tras una revisión de la evidencia existente, no ha de verse como algo insólito. Ni siquiera es novedoso. Antes bien, se sitúa de un lado de la controversia que divide a la "comunidad" científica, clínica y educativa, así como a los padres. Sin embargo, esta controversia no parece importar a los políticos, que tiran para adelante, como si lo justo y necesario fuera dar la carta de naturaleza a esta problemática - en particular el TDAH -, sin reparar en que haciéndolo así están en realidad decantándose por uno de los lados de la controversia, precisamente la posición que, al final, no resulta sostenible, dado que su supuesta evidencia está ahora *en evidencia*. La ironía es que la instauración de un Día internacional de TDAH y su inclusión en la LOCME puede estar haciendo el "trabajo sucio", referido a la carta de naturaleza (institucionalización, sensibilización a la población), que interesa y del que, sin duda, se va a

aprovechar la industria farmacéutica. Suponemos que la industria farmacéutica se estará frotando las manos con la declaración del día internacional del TDAH y demás medidas para "mejorar" su diagnóstico y tratamiento. Probablemente una ocupación más necesaria, justa y saludable de los diputados y demás políticos sería preocuparse por la patologización de la infancia.

Las alternativas están claras: o bien se sitúan los problemas *con* los niños en el contexto de las formas de vida actuales (problemas, si acaso, que no trastornos o enfermedades) o bien se medicaliza la infancia a cuenta de una concienciación sobre supuestas "patologías psiquiátricas", una solución esta que puede ser ella misma iatrogénica si es que no "perversa" cuando se toma a los niños como diana de la industria farmacéutica. Situados en el contexto de las formas de vida, sobre el telón de fondo de las concepciones y prácticas que se *ciernen* sobre los niños, los problemas en cuestión no dejan de existir, en la medida en que existan, pero *el problema* es otro: que la educación de los niños es más complicada de lo que se pensaba. Padres y profesores pueden estar desbordados y los propios niños "atentos" a lo que les apetece, "inquietos", "divertidos" y "aburridos". Y padres y profesores puede que necesiten ayuda, pero esta no tendría por qué ser a costa de un diagnóstico ni de un tratamiento *centrado* en el niño, ni dirigido a su cerebro ni a su mente. Estamos hablando de una posible ayuda que empezaría por analizar las conductas de los niños y de los adultos en el contexto en que se dan, de acuerdo con la historia, "costumbres" y cultura *dentro* de la que las conductas de unos y otros se aprendieron y funcionan actualmente.

Es hora de salir de esa retórica al servicio de la patologización, según la cual nadie es responsable de nada, sino el cerebro del niño y los genes que le han tocado, una especie de pecado original o de predestinación. Para esta retórica, el cerebro y los genes son los culpables perfectos, por impersonales. Aparte de que no hay evidencia genética ni neurobiológica, sino *creencia*, el problema con esta ofuscación genético-y-cerebro-céntrica es doble. Por un lado, desvía la atención de donde están las condiciones del problema: el mundo en el que viven los niños, y por otro, va en detrimento de las posibles soluciones en su contexto natural que no es otro que el modo de vida actual, donde entran los problemas que pueden tener los adultos *con* la atención, la actividad y el humor de los niños.

Con todo, el propósito de este libro no era más que tratar de contribuir a la *vuelta a la normalidad*, con sus problemas, dificultades, responsabilidades y ayudas que sean necesarias y saludables. Nos parecería un logro del libro si sirviera a investigadores, profesionales (clínicos y educadores), padres y políticos para pararse a pensar acerca de la escalada de patologización de la infancia y ver si no sería mejor *volver a la normalidad*.

Hasta aquí, el epílogo de la obra comentada. Si son profesionales sanitarios o educativos, o padres o simplemente personas interesadas en que no les engañen (y en no querer perpetuar el engaño), no deberían dejar pasar la oportunidad de leer el libro completo.

postPsiquiatría

viernes, 13 de mayo de 2011

Déficit de atención (y sesgo de información)

El País es el diario no deportivo de mayor difusión en este país. En concreto y con [datos](#) de principios de 2011, alcanza más de medio millón de copias en la edición dominical, que incluye el suplemento titulado *El País Semanal*. No tenemos idea de cuántas personas concretas leen dicho suplemento pero, en cualquier caso, nos parece que deben ser muchas. Venga esto a colación de la importancia y repercusión que consideramos que tiene un reportaje como el que leímos el pasado domingo 8 de mayo en esta publicación, titulado [Mi hijo no atiende](#). Nos proponemos comentarlo y opinar desde nuestro (limitado, por supuesto) conocimiento profesional del tema.

El artículo da por buenas las cifras calculadas por la asociación de padres ANSHDA, que hablan de 380.000 niños afectados en España, el 5% de la población escolar. Uno de cada veinte. Independientemente de que nos parezca una cifra alta, es evidente que nuestra mera opinión no tiene peso científico alguno. Sin embargo, nos preguntamos cuánto peso científico tiene la opinión de dicha asociación o cómo se ha calculado dicha cifra. Es sabido de los frecuentes conflictos de intereses que aparecen en asociaciones de familiares o afectados por patrocinios por parte de la industria farmacéutica, directamente interesada en la prescripción de fármacos para estos trastornos y, por lo tanto, beneficiada económicamente de cualquier aumento en la prevalencia de los mismos.

Ya el Servicio Canario de Salud en la página web del [Servicio de Control y Uso Racional del Medicamento](#), muy recomendable, publicó un [escrito](#) denunciando dichos conflictos de intereses. En el caso de ANSHDA, hemos encontrado una [publicación](#) que recoge cómo un libro con testimonios de madres pertenecientes a esta asociación fue financiado por la farmacéutica Eli Lilly, fabricante de la atomoxetina, un fármaco indicado en TDAH. Por supuesto, no dudamos de la buena fe de los miembros de ésta u otras asociaciones. Pero creemos que es necesario revelar dichos conflictos de interés para que el lector del artículo tenga toda la información disponible.

Siguiendo con la lectura del reportaje, tras otro caso de niño hiperactivo (síntomas: “saltar en el sillón”, “se aceleraba como el Correcaminos”, “lucía más chichones que el Coyote”), llegamos a una afirmación que nos deja profundamente impresionados: “Las pruebas lo confirmaron: falta de control sobre sus impulsos, dificultad de mantener la concentración”. Repetimos: “Las pruebas lo confirmaron”. Y nos preguntamos qué pruebas serían ésas, tan confirmatorias.

El tratado **Sinopsis de Psiquiatría**, de Kaplan y Sadock, novena edición, página 1.224, describe el diagnóstico del TDAH como clínico, basado en la historia del paciente y la exploración psicopatológica, es decir, el examen del estado mental, y remite a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Ninguna mención a pruebas diagnósticas, salvo para descartar patologías asociadas.

El **Tratado de Psiquiatría** de Gelder, López-Ibor Jr. y Andreasen, primera edición, tomo tercero, página 2.083, dice textualmente “no existen pruebas de laboratorio que tengan suficiente sensibilidad diagnóstica y especificidad como para distinguir a los niños afectados por este trastorno de los no afectados, o de otros niños con otros síntomas”.

El **Tratado de Psiquiatría** de Vallejo Ruiloba y Leal Cercós, primera edición, tomo II, página 1.587, dice “El diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se establece, centrado en el cuadro clínico, cuando se dan suficientes síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad, con repercusión significativa sobre las actividades y relaciones del niño, durante un período de tiempo prolongado.

Resumiendo: no hay pruebas que aseguren el diagnóstico. No hay determinaciones analíticas ni hallazgos radiológicos o de otro tipo que confirmen un diagnóstico de TDAH. Hay síntomas que un clínico más o menos experto busca, encuentra, interpreta y valora. A veces ayudado por escalas de cierta validez y fiabilidad, pero que tampoco son pruebas en el sentido que un análisis de glucemia prueba la existencia de una diabetes o una radiografía de tórax prueba la presencia de un neumotórax. No hay pruebas para diagnosticar el TDAH. Ojalá las hubiera, para que no se pudiera diagnosticar a quien no lo padeciera.

El artículo sigue con un comentario de la madre del niño diagnosticado: “sentí

abatimiento, pero me reconfortó saber que no era culpa de cómo lo habíamos educado". Creemos que esta opinión es una de las claves del sobrediagnóstico del TDAH. Por supuesto, de nada sirve culpabilizar a los padres de la conducta del niño. Pero, en nuestra opinión, hay muchos niños traviesos, inquietos, difíciles, que precisan más disciplina o una educación más estricta que, muchas veces, los padres, cargados de trabajos y obligaciones, no pueden proporcionar. Un constructo como el TDAH es una fabulosa oportunidad de desresponsabilización para estos padres, que ellos no buscan pero que se les otorga junto al tratamiento farmacológico que se le da al niño. Sin embargo, ser responsable, por medio de la educación que uno puede dar, del comportamiento de nuestros hijos no es sólo arriesgarse a sentirse culpable por lo que no vaya bien, sino que supone la oportunidad de poder actuar para que las cosas vayan mejor. Y esa responsabilidad puede ser una herramienta muy poderosa.

El artículo sigue: "*Y comenzó el tratamiento. Con medicación, guste o no*". La declaración de intenciones no puede ser más clara. No sólo el tratamiento farmacológico es la solución, sino que no cabe ni la posibilidad de cuestionarlo.

Y a continuación, la resolución del enigma de la causalidad del TDAH: "*Lo que impide centrar la atención es un problema de transporte de la dopamina en el cerebro, un déficit en el lóbulo frontal, el del control ejecutivo*", explica Jose Antonio Portellano, profesor de psicobiología de la Universidad Complutense.

Lo que no explica el señor Portellano es la diferencia entre una certeza (por ejemplo: *el VIH causa SIDA*) y una hipótesis (por ejemplo: *el problema en el transporte de dopamina causa TDAH*). Y el caso es que las hipótesis lo son porque no han sido demostradas. Y además, como vimos antes, no existe ninguna prueba de uso en la clínica habitual que mida ese transporte de dopamina que (según esta hipótesis no demostrada) causaría el TDAH. Con lo cual, aunque se confirmara tal causalidad (cosa que no se ha hecho), todavía habría que proceder a encontrar una prueba diagnóstica (que no se emplea actualmente) para comprobar si un caso concreto efectivamente es un TDAH o no. Como dijimos antes, ojalá se encontrara la causa y la prueba diagnóstica, pero que ningún niño no afecto de TDAH fuera diagnosticado como tal.

Un poco más de bibliografía: **Sinopsis de Psiquiatría** de Kaplan-Sadock, página 1.223:

“Se desconocen las causas del TDAH”. Luego recoge muchas hipótesis y factores relacionados. Pero una cosa son las correlaciones estadísticas y otra muy distinta la causalidad demostrada. Y creemos que es importante resaltar esa diferencia. Ya algo de ello señalamos en una [entrada previa](#) a propósito de un artículo publicado en *The Lancet*.

El **Tratado de Psiquiatría** de Gelder, López Ibor Jr. y Andreasen, en su página 2.084 dice: “Se trata de un trastorno etiológicamente heterogéneo causado por una variedad de factores biológicos, psicológicos y sociales que probablemente interactúan entre sí incrementando el riesgo. Presumiblemente, estos factores tienen sus efectos en el sustrato neurológico de la cognición [...]”. Sin entrar a discutir la escasa impresión de certeza científica que transmiten adverbios como “probablemente” o “presumiblemente”, parece que tampoco el asunto etiológico es tan simple como nos cuenta el experto citado en el artículo de *El País Semanal*.

En el **Tratado de Psiquiatría** de Vallejo Ruiloba y Leal Cercós, página 1.589, se dice: “No se conoce la etiología del trastorno. Lo que parece difícilmente descartable es que en el trastorno por déficit de atención subyazca una disfunción neurológica”. Sin embargo, a nivel epistemológico, que algo sea “difícilmente descartable” no significa que esté “demostrado indudablemente”. Y, como decíamos antes, ojalá se consiga demostrar tal etiología lo antes posible para no diagnosticar a niños sanos como enfermos, a niños inquietos como hiperactivos. Aunque, dado que la etiología se busca en niños diagnosticados en base a los criterios clínicos actuales, probablemente sea difícil encontrar esa causa específica si los niños con TDAH están catalogados junto a los traviesos, inquietos, más listos o menos listos... Si existe una enfermedad cerebral propia de lo que se ha dado en llamar TDAH, para encontrarla es imprescindible no diagnosticar a cada niño movido, pesado o problemático de esa enfermedad porque, en semejante amalgama, no va a haber forma de que ningún hallazgo sea lo bastante relevante y reproducible para sacarnos de dudas.

Tras el hallazgo etiológico, el artículo se centra en el aspecto de la medicación. Cita como tratamiento el metilfenidato, un derivado anfetamínico empleado para este trastorno. Cita las palabras de los padres ante el efecto de la medicación: “X se pausó. Tardó la mitad en hacer los deberes”. Francamente llamativo, sin duda. Pero no debemos olvidar que el hecho de una anfetamina provoque un aumento de la capacidad de concentración y un

mayor rendimiento no demuestra que el sujeto que la toma padezca un TDAH. Sin ir más lejos, en nuestro país durante los años 60 y principios de los 70 era habitual en las universidades el empleo de sustancias de ese tipo (entonces legales y fáciles de conseguir) para mejorar el rendimiento en las épocas de exámenes. El argumento de que el fármaco provoca una mejora académica, *ergo* el niño tenía el trastorno, es tramposo, ya que cualquier niño o adulto probablemente aumente su rendimiento y concentración con una sustancia que, precisamente, aumenta el rendimiento y la concentración.

También se emplea a veces, incluso por parte de profesionales, el argumento de que, si el fármaco mejora los resultados académicos, es bueno tomarlo aunque el diagnóstico de TDAH sea dudoso. Pero dicho argumento minusvalora peligrosamente la cuestión de los efectos secundarios de estas medicaciones. Cuestión a la que no se hace mención en todo el artículo de la revista.

En el [*American Journal of Psychiatry*](#) se publicó en 2009 un artículo que demostró una asociación entre el uso de fármacos psicoestimulantes empleados en TDAH y la muerte súbita en pacientes jóvenes. Se estimó en siete veces el aumento del riesgo con metilfenidato.

Otro estudio publicado en [*Pediatrics*](#) en 2009 encontró una asociación entre el uso de estos fármacos y la aparición de alucinaciones y otros síntomas psicóticos.

Un tercer trabajo publicado en el [*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*](#) en 2008 halló que el tratamiento con psicoestimulantes en la infancia se asocia con retrasos estadísticamente significativos en peso y altura. Dicho estudio no encontró evidencias significativas de que tales déficits se atenuasen con el tiempo.

Vamos, que si el fármaco hay que usarlo porque va a mejorar el estado de un niño que lo necesita, debe emplearse valorando bien riesgos y beneficios. Pero nos asusta pensar en la posibilidad (que creemos muy real) de que se esté medicando a muchos niños que no sólo no se benefician de ello sino que además pueden verse perjudicados.

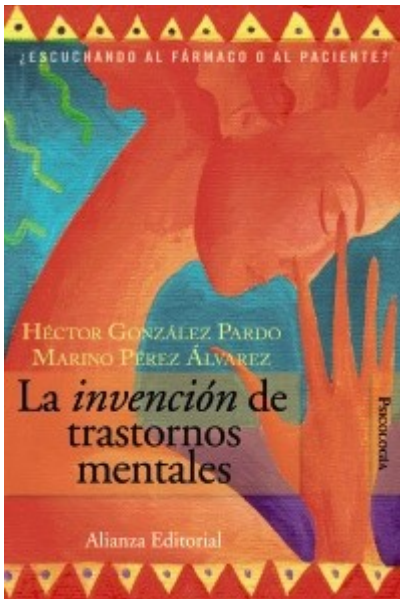
Y somos conscientes de que *El País Semanal* no es una revista científica ni debe

comportarse como tal, pero nos parece que la información que aporta sobre el TDAH es parcial y sesgada. Ni se conoce la etiología, ni la información de las asociaciones es necesariamente neutral y no influida por la industria farmacéutica, ni la medicación está exenta de efectos secundarios que es necesario valorar. Y precisamente por no ser una revista científica, sino estar dirigida al público general, creemos más peligrosa la imagen que se transmite a dicho público no previamente informado en el tema y que, tememos, puede quedarse con una idea sesgada tras la lectura del mismo.

Para acabar, dos apuntes más. Querríamos recomendar el [blog](#) que escribe el padre de un niño en su día diagnosticado de TDAH que creemos de enorme interés y envidiable lucidez sobre el tema. Y en lo referente a conflictos de intereses con la industria farmacéutica, no puede dejar de leerse la entrada de [El rincón de Jano](#) sobre la guía de práctica clínica para TDAH publicada por el Ministerio de Sanidad.

Evidentemente, nuestro humilde blog no tiene ni la milésima audiencia de la que goza, merecidamente por otra parte, *El País Semanal*. Así que mucho lamentamos que, catastrofistas como somos, el mal ya está hecho.

Alianza editorial



La invención de trastornos mentales

[Héctor González Pardo \(Autor/a\)](#)

[Marino Pérez Álvarez \(Autor/a\)](#)

Durante las últimas décadas han aumentado tanto el número de personas aquejadas de trastornos mentales como el número de terapias farmacológicas, psicológicas y de otra índole para su tratamiento. ¿Nos encontramos ante una nueva epidemia debida a nuestro estilo de vida actual o existen otras razones que explican el aparente deterioro de nuestra salud mental?

En este libro, dos investigadores y profesores universitarios, expertos en Psicofarmacología y Psicología clínica, proponen y justifican con todo rigor una provocativa, y seguramente polémica, teoría acerca de la invención de distintas categorías de trastornos mentales. La creación y propagación de éstas últimas tiene mucho que ver con los intereses comerciales de la industria farmacéutica y con la complacencia de profesionales y pacientes. Los autores han investigado a fondo la evidencia científica acerca de la naturaleza de los trastornos mentales y de sus tratamientos. La conclusión del análisis realizado pone de manifiesto que considerar los trastornos mentales como enfermedades es sencillamente una falacia. Frente al modelo rígido de «enfermedad mental», los autores proponen una visión más abierta de tipo contextual, centrada en las circunstancias personales, en la que se escucha a las personas en vez de a los fármacos.

Colección: Alianza Ensayo

Páginas: 352

Publicación: 19 de octubre de 2007

Precio: 22,15€

I.S.B.N.: 978-84-206-4866-8

Código: 3492333

Formato: Estándar, Papel

Tamaño: 16 x 23

Páginas: 352

Edición: 01ª edición

Clasificación IBIC:

Psicología clínica (MMJ)

postPsiquiatría

miércoles, 13 de octubre de 2010

Hallazgos en TDAH: ¿genética alterada o interpretación interesada?

Hace poco vimos en el siempre interesante blog de Jesús Castro, [Sobre lo divino y lo humano](#), una entrada comentando un estudio reciente que decía demostrar el origen genético del **trastorno por déficit de atención con hiperactividad**. Jesús no se creía mucho dicho hallazgo y la verdad es que nosotros tampoco así que, curiosos como somos, decidimos indagar en el asunto.

El periódico *El Mundo* publica el 1 de octubre de 2010 un artículo en su sección de *Salud* con el siguiente título: "**El trastorno de hiperactividad tiene un origen genético**". El texto no tiene desperdicio: "los pequeños que lo padecen presentan unas alteraciones genéticas"; "los científicos del Centro de Neuropsiquiatría, Genética y Genómica de la Universidad de Cardiff (Reino Unido) [...], [concluyen] que el TDAH es un problema de desarrollo cerebral que tiene una causa genética"; "se había sospechado durante mucho tiempo que los genes tenían algo que ver, dado el carácter hereditario de la enfermedad, pero hoy lo hemos confirmado, explica Anita Thapar, coordinadora del estudio"; "según publican en la revista *The Lancet*, con estos análisis descubrieron que a los menores con TDAH les faltaban unos pequeños segmentos de ADN o, por el contrario, los tenían duplicados"; "se trata de una enfermedad genética y [...] los cerebros de estos niños se han desarrollado de forma diferente, declara Thapar"; "lo que sí hace esta investigación, según el equipo de la Universidad de Cardiff, es abrir una puerta para estudiar las bases biológicas de esta enfermedad y que ayudarán a mejorar los tratamientos".

Quedamos sorprendidos ante tal hallazgo genético que parecía tirar por tierra nuestra opinión de que el TDAH se sobrediagnostica de forma terrible hoy en día, con las implicaciones que eso conlleva a nivel de tratamiento farmacológico y adquisición del rol de enfermo, con la iatrogenia que ambas operaciones tienen aparejadas. Pero dicha sorpresa nos incomodaba y decidimos seguir buscando.

El blog [Neuroskeptic](#) (siempre recomendable pero en inglés), dedica una entrada al asunto que leemos con atención y contrastamos con el artículo original (disponible [aquí](#)), pareciéndonos que analiza de forma totalmente clarificadora lo ocurrido (y nuestra sorpresa se desplaza de los cromosomas alterados a los autores interesados).

El estudio incluye 410 niños con diagnóstico de TDAH y 1.156 controles. De los casos de TDAH, el **15,6%** presentaba alguna de las alteraciones cromosómicas inespecíficas que buscaba el estudio. De los controles sanos, el **7,5%** también presentaba dichas alteraciones. Es decir, el **84,4%** de los casos de TDAH no presentaban alteración genética.

Si además, quitamos del grupo de niños con TDAH los que también presentaban retraso mental (medido por C.I. menor de 70), entonces el porcentaje de TDAH con la alteración cromosómica quedaba en el **11%**. Es decir, de los niños con TDAH sin retraso mental, el **89%** no presentaban la alteración cromosómica dichosa.

Y lo que nos preguntamos, también con sorpresa, es cómo es posible manipular la conclusión de un estudio de esta manera. Y cómo es posible que, con estos datos, se concluya que se ha demostrado que el TDAH es una enfermedad con causa genética confirmada. Los autores afirman haber demostrado que el TDAH no es puramente un constructo social. Ahí estamos de acuerdo. Posiblemente hay casos de TDAH que tengan alguna base biológica (otra cosa es que no se haya demostrado de forma fehaciente todavía). Pero nos parece claro con estos datos, más nuestra experiencia y un poco de sentido común, que gran parte de los pacientes (niños, no lo olvidemos) diagnosticados de inatentos o hiperactivos han sido objeto de un diagnóstico erróneo, fruto de una psicologización y psiquiatrización que padece nuestra sociedad y de la que, como profesionales, no somos ni totalmente culpables ni totalmente inocentes. Creamos constructos como el *estrés postraumático* tras la llegada de los veteranos de Vietnam o sobrediagnosticamos hasta la náusea trastornos como el TDAH, buscando una etiqueta de enfermedad para cada conducta incómoda y cada sufrimiento difícil. Ya no queremos responsabilidad: no tenemos nada que ver en lo que nos ocurre ni en lo que les ocurre a nuestros hijos, todo debe ser cuestión de algún gen travieso, así que tómate la pastilla y déjanos en paz.

Cada vez más, los niños inquietos, traviosos, menos listos, con más problemas, etc., reciben una etiqueta diagnóstica de enfermedad mental crónica, con su estigma, con su desresponsabilización completamente iatrogénica acompañante (tanto para el niño como para sus padres), con su medicación no exenta de efectos secundarios (por ejemplo: [aquí](#), [aquí](#) y [aquí](#)). Los que tenemos ya algunos años en la profesión (tampoco demasiados) todavía recordamos el "boom" de incidencia que presentó este trastorno hace aproximadamente una década (en cierta coincidencia temporal con la aparición de diversas medicaciones para el trastorno de precio mucho más elevado que el metilfenidato tradicional; qué curioso que al aparecer medicaciones *mucho más eficaces* en vez de disminuir el trastorno, aumenta). Y no hace falta decir que sabemos que existen niños hiperactivos que se pueden beneficiar mucho del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico adecuado, pero creemos que son un pequeño porcentaje de todos los que traemos y llevamos por nuestras consultas de salud mental infanto-juvenil.

En fin, vamos a dejarlo ya, que últimamente hacemos muchas cosas y nos van a acabar diagnosticando de hiperactivos.

postPsiquiatría

viernes, 27 de septiembre de 2013

Trastorno del Déficit de Atención. Un repaso (por Mariano Almudevar)

El Dr. Mariano Almudévar, psiquiatra, nos ha hecho llegar un gran trabajo de revisión sobre el famoso y polémico TDAH, su historia, su actualidad y sus tratamientos, con sus luces y sus sombras. Dicho trabajo nos ha parecido de la máxima relevancia para arrojar algo de luz en un tema que, nos tememos, muchos gustan de oscurecer. El artículo, además, está lleno de referencias enlazadas a diversos documentos que sustentan las afirmaciones que en él se vierten. En definitiva, un texto que consideramos imprescindible sobre el tema y que es un honor para nosotros poder poner a su disposición. Lo reproducimos de forma íntegra:

I.

El **TDAH**, fue definido como “trastorno” específico de la infancia en el DSM III, el sistema de clasificación americano de trastornos mentales, en **1980**, fecha que podemos señalar como el inicio de un crecimiento sostenido de diagnósticos que adquiere carácter de incontrolable **epidemia global** a fines de siglo. Anteriormente a niños inatentos, inconsecuentes y muy movidos, particularmente si había dificultades específicas del aprendizaje como la dislexia, se les atribuía un “*daño cerebral mínimo*” (minimal brain damage) o “*hiperactividad*”, cuya frecuencia era baja, creo recordar que de 0’2 por ciento o menos, y requería la presencia de tal hiperactividad en entornos de escuela, hogar y clínica.

El primer concepto “*daño cerebral mínimo*”, desapareció de la clínica por falta de pruebas de los llamados “*signos neurológicos blandos*” (soft neurological signs) que lo justificarían y el segundo “*hiperactividad*”, se incorporó en los DSM, siendo muy significativo que la hiperactividad pasó pronto a segundo plano hasta el punto de categorizarse el TDA (sin hiperactividad). Las “cláusulas de exclusión” de otros trastornos también fueron progresivamente ignoradas y hoy muchos de los diagnosticados de TDAH en USA tienen otros “**trastornos co-mórbidos**”. En el DSM 5 ha subido el límite de edad de comienzo hasta los 12 años, pero en la práctica se puede diagnosticar el TDA en adultos sin probar que empezó antes de esa edad. Hasta ese registro en 1980 se entendía que la hiperactividad tendía a desaparecer con los años y tenía alguna relación con el uso de aditivos alimentarios o incluso el plomo de la gasolina (ver estudios relacionados con *The Isle of Wight Studies*, M. Rutter et al, 1964).

El TDAH ha sido y es objeto de **controversia pública** en la sociedad angloamericana http://en.wikipedia.org/wiki/Attention_deficit_hyperactivity_disorder_controversies. Algunos, dicen que está infra-diagnosticado otros que al contrario. Hay neurólogos (Baughman,) y psiquiatras (Breggin) que llevan muchos años diciendo que es una falacia; otros piensan que es un cajón de sastre en el que se incluyen un número de conductas problemáticas y bajos rendimientos escolares, o simplemente niños “trasto” o despistados. Detrás del diagnóstico puede haber desde chavales inteligentes y curiosos que se aburren con las rutinas homogeneizadas del aula, a otros con dificultades específicas del aprendizaje; desde la expresión en el escenario escolar de situaciones familiares complicadas o negligentes hasta aquellas en la que el niño no llega a las expectativas de los padres; desde maestros que por una razón u otra necesitan una tranquilidad regimentada en el aula, hasta psicólogos con escasa o nula conciencia de la diversidad o variabilidad en el ritmo del desarrollo humano. Solo una minoría de diagnosticados muestra hiperactividad en sesiones clínicas y a pesar de ser el más ampliamente estudiado de los trastornos psiquiátricos de la infancia, **su diagnóstico se hace sobre la base de quejas y observaciones de maestros**, a veces bajo amenazas de sanciones, y su frecuencia y la polémica siguen creciendo

https://facultystaff.richmond.edu/~bmayes/medicating_children_hup_mbe.pdf

A pesar del repetido slogan de que hay alguna anormalidad biológica diferenciada del trastorno y **marcadores biológicos**, tales marcadores siguen siendo elusivos <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22834452> o tan heterogéneos y especulativos que son incapaces de dar unidad nosológica a un diagnóstico que depende de la subjetividad, no del paciente si no de otros, pues el paciente no se queja de nada. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20862396> . En fin que tales marcadores biológicos específicos del trastorno no existen.

En el sistema clasificatorio de la Organización Mundial de la Salud, **CIE 10 (F90)**, que se usa en general en Europa, y no implica ni tratamientos ni causas, sino solo “*listas de problemas con las que el paciente visita al psiquiatra*”, esas conductas vienen bajo la categoría de **Trastorno de Hiperactividad**, algo más rigurosa, y que tiene a la hiperactividad como faceta necesaria para el diagnóstico. Los síntomas catalogados en el DSM, se han vuelto cada vez más vagos y subjetivos, hasta estar presentes en casi toda la población en algunos momentos de sus vidas.

La **frecuencia** del “trastorno” baila enormemente aunque la cifra más repetida hoy es la de del 6% si bien encuestas recientes la acercan al 10% en los USA. La frecuencia ha ido aumentando a un ritmo de un 3% por año acelerándose al 5'5% al año recientemente: <http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>. En los USA varía mucho entre estado y estado llegando en algunos de ellos hasta más del 15%.

El “trastorno” tiene, se supone, un **componente genético** en la gran mayoría de los casos http://en.wikipedia.org/wiki/Attention_deficit_hyperactivity_disorder, y en tanto que se referiría a una carga genética causante, no olvidemos **de una enfermedad que**

afecta al desarrollo, en casi un 10% de la población y creciendo, este supondría una revolución en biología evolutiva.

II.

El **tratamiento** del “trastorno” es mayormente con **estimulantes cerebrales** y hay que hacer notar que aunque la categoría de TDAH es reciente, los tratamientos son verdaderas antigüedades de la psicofarmacología. La amfetamina es una droga ya sintetizada en el siglo XIX y el metilfenidato lo fue durante la segunda guerra mundial. En esta guerra los estimulantes eran usados en los dos bandos para combatir la fatiga, mantenerse despierto y mejorar la atención: tropas panzer, kamikaces japoneses y técnicos de radar aliados los usaron. Después se usaron para tratar la obesidad, y por camioneros de largo trayecto. Estamos hablando de la misma familia de drogas de la centramina, usada por estudiantes españoles hace ya más de cincuenta años y del “speed” que se dice mató a Jimmy Hendrix.

En los USA el uso de estimulantes es frecuente para hacer “cramming”: estudiantes en exámenes finales, profesionales que tiene que acabar en fecha y trabajar día y noche, <http://www.wallstreetoasis.com/forums/ritalin> e incluso jugadores de baseball, a través de las llamadas “Excepciones Terapéuticas” que por ahora no se han admitido en el deporte internacional. En definitiva los estimulantes dan ventajas competitivas a corto plazo.

Hoy hay probablemente más de seis millones de niños americanos tomando estimulantes cerebrales para el tratamiento del TDAH en los USA, http://www.nytimes.com/2013/04/01/health/more-diagnoses-of-hyperactivity-causing-concern.html?pagewanted=all&_r=0 y la cifra sigue creciendo. **El concepto se está extendiendo a adultos**; más de la mitad de los niños con TDAH se supone que no se “curarían”, <http://www.webmd.com/add-adhd/guide/adhd-adults> pero el incremento en adultos es principalmente por nuevos diagnósticos.

Los estimulantes no parecen mejorar las relaciones familiares y con otros alumnos, y si bien los efectos sobre la atención e impulsividad errática están bien establecidos durante el primer año de uso por el hoy casi canónico estudio MAT del NIMH de 1999 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10591283>, un meta-análisis comprensivo de esos años <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC81663/> aun reconociendo el efecto notable a corto plazo, duda de que esa marcada mejoría dure más allá de cuatro semanas. No hay evidencia ciertamente de su **efectividad** a partir de los 14 meses o a 3 años de inicio del tratamiento en seguimientos del estudio del NIMH antes citado <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17667478>, y un estudio basado en ese mismo MAT/NIMH apunta a que serían responsables de una deterioración de la conducta, e incluso de delincuencia y abuso de drogas, a partir de los dos años de su uso. [http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/jaac/article/S0890-8567\(09\)61553-7/abstract](http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/jaac/article/S0890-8567(09)61553-7/abstract). Esto plantea por lo tanto importantes cuestiones de “tolerancia” y efectos de “rebote” en

tratamientos prolongados.

La **atomoxetina** es una droga más reciente para el tratamiento del TDAH. De dudoso mecanismo, su acción podría ser similar a la de algún antidepresivo. Parece ser más lenta en sus efectos y a veces se le añaden estimulantes para potenciarla.

Los **efectos de los estimulantes**, que son en relación a otros medicamentos psicotrópicos casi inmediatos, se derivan de sus acciones sobre neurotransmisores, en particular el aumento de la dopamina, en las sinapsis y así mejoran la atención “on task” y disminuyen la actividad sin propósito, en otras palabras sirven para reducir la atención dispersa y las respuestas a estímulos irrelevantes. Si el alumno, con TDAH o sin él, está “enfocado en una tarea” relevante, su rendimiento mejorará y su actividad se reducirá; si no lo está se pasará el rato muy atento a las musarañas. Los efectos duran unas horas. No hay evidencia de que los estimulantes mejoren la capacidad de resolver problemas o la inteligencia creativa. O de que mejoren el rendimiento académico a medio o largo plazo. <http://www.ccl-cca.ca/pdfs/JARL/Jarl-Vol3Article9.pdf> . Son poco efectivos en aquellas condiciones donde hay evidencia o claros indicios de daño cerebral real como la discapacidad intelectual y/o el autismo de Kanner. aunque su uso está muy extendido en este último: <https://sfari.org/news-and-opinion/blog/2013/ritalin-reaction> Podríamos decir que con demasiada frecuencia se trata al alumno para beneficio del profesor.

Los **efectos secundarios** de los estimulantes se consideran en general asumibles, aunque hay la posibilidad de brotes psicóticos en hasta un 5% de casos <http://www.drakeinstitute.com/research-article/psychotic-side-effects.pdf> , y de muerte por fallo cardíaco <http://www.theguardian.com/society/2006/feb/11/health.medicinemandhealth> una terrible reacción adversa muy rara, además de posibles alteraciones genéticas. <http://www.yourlawyer.com/topics/overview/ritalin>. La ficha técnica de una de ellos nos dará una idea, aunque no parece mencionar uno de los efectos más frecuentes, los tics, que podrían continuar incluso después de parar la medicación http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/021121s015s017lbl.pdf .. El uso prolongado puede tener consecuencias neurofisiológicas a largo plazo <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2656574/> que disminuirían la capacidad de recompensa y la tolerancia a estímulos estresantes y nociceptivos. En el caso de la atomoxetina, la alerta black box es por razones de su toxicidad hepática.

III.

Los estimulantes, metilfenidato y anfetaminas, tienen **acciones parecidas a la cocaína**, estando en Estados Unidos calificadas como *schedule II*, la misma clase que la cocaína y la morfina, y bajo el control de la *Drug Enforcement Agency*. (ver <http://www.cesar.umd.edu/cesar/drugs/ritalin.asp> , para un sumario de la historia del metilfenidato y <http://en.wikipedia.org/wiki/Amphetamine> para la anfetamina).

Hay polémica acerca de su creciente **utilización en situaciones para las que no han sido prescritos**. A pesar de la resistencia de las farmacéuticas a aceptarla, la similitud en acción del más prescrito, metilfenidato (ritalin, en España rubifén, concerta, etc), con la anfetamina y sobre todo con la cocaína, está bien probada (ver ref en español: <http://www.adaptogeno.com/svms/noticias/noticia440.asp> y para un análisis del NIH del estudio de Nora Volkow, psiquiatra experta en adicción, sobre el tema: <http://www.nih.gov/news/health/feb2009/nida-02.htm>). Ese estudio señala que el metilfenidato podría ser incluso más potente que la cocaína.

Los estimulantes guste o no, son en la práctica **drogas de abuso**. Se dice que los estimulantes para el TDAH, no son adictivos pero esto es por dos razones: 1) en niños la fuente de la droga está controlada por médicos, escuelas y padres, y 2) se administra en forma de pastillas que no producen el “rush”, efecto subjetivo muy rápido, importante en la adicción. Pero está claro que producen tolerancia como otras medicaciones psicotrópicas <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=86987> . La tolerancia está probada en ratas <http://jpet.aspetjournals.org/content/198/3/635.short> siendo “cruzada” a nivel conductual entre anfetaminas y metilfenidato. Su uso “recreacional” es extensivo bien por re-venta de drogas obtenidas en prescripción o por robos, estando entre las 10 drogas más robadas de las farmacias americanas. Se habla en los blogs de vitamina R (por Ritalin) y de la cocaína de los pobres.

La pretensión de las farmacéuticas de que las **nuevas presentaciones**, “liberación lenta”, parches, líquidas, serían un impedimento para su uso recreacional, no es sino otra excusa, para aumentar sus ventas, y los adictos han desarrollado maneras para su uso incluso obteniendo el buscado “rush”, esnifando, . <http://www.drugs-forum.com/forum/showthread.php?t=166199> . o “en paracaídas” <http://www.drugs-forum.com/forum/showthread.php?t=163301> . **La DEA ha impuesto cuotas** para contener el creciente uso de estos compuestos en “las calles”, lo que ha provocado problemas de abastecimiento <http://www.webmd.com/add-adhd/news/20120103/adhd-drug-shortages-why>

La **producción regulada** por cuotas de la D. E. A., crece anualmente (hasta el 2002 ver <http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/background/humanflourish.html>), lo que no impide que haya desabastecimientos severos con las consiguientes demandas de aumento de cuotas: <http://disinfo.com/2012/01/nationwide-shortage-of-ritalin-and-adderall/>.

IV.

Se ha dicho que el TDAH es una **enfermedad inventada** para una medicación eficaz, y el principal promotor del trastorno Leo Eisemberg, hizo declaraciones en este sentido antes de morir: <http://www.snopes.com/politics/quotes/adhd.asp> . Es esta “eficacia” a corto plazo, la que ha dado y da uno de los empujes irrefrenables a la expansión de los criterios

diagnósticos ayudado por la mercadotecnia y procedimientos diagnósticos con poca validez objetiva y aplicados con poco rigor, junto a la obtención de apoyos escolares y el **colosal aumento de registros de discapacidad en niños en USA**, actuando como incentivos

“perversos” http://www.boston.com/bostonglobe/editorial_opinion/editorials/articles/2011/05/29/mislabeling_kids_as_adhd_investigate_federal_rules/

El impulso comercial para esto se percibe claramente si, prescindiendo de nociones sobre diagnósticos como actos entre médicos y pacientes, leemos, dejando de lado declaraciones sin base científica, que piensan en **Wall Street**. Se proyecta una expansión importante en países desarrollados y en adultos en los USA.

http://www.prweb.com/releases/ADHD_Therapeutics/Adderall_XR/prweb4086564.htm y con respecto a este último mercado en adultos: <http://www.prlog.org/10073664-adhd-market-immature-adult-market-continues-to-offer-greatest-commercial-potential.html>. Está claro que lo que está “inmaduro”, no es el cerebro si no un mercado potencial en países desarrollados que pasaría de los 25 millones de “enfermos”. La frecuencia de la “enfermedad” está condicionada por **proyecciones de crecimiento de una demanda**.

Aunque el principal motor de los desarrollos, los **beneficios para las farmacéuticas obtenidos a través de la venta de drogas**, que aunque legales son estimulantes como la cocaína e incluso más potentes, no es el único. Cuando se incluyen diagnósticos, medicación, apoyos y pensiones por discapacidad etc, <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1185/030079904X20303>, los **costes** de tal “trastorno” y por tanto los intereses económicos involucrados en el tema en los USA, son amplios y considerables. Su equivalente en España sería suficiente para desarrollar servicios humanos muy necesarios (maestros, asistentes, etc) para la población de discapacitados intelectuales y mejorar servicios para trastornos mentales crónicos, creando así una fuente útil de empleo, en lugar de extraer valor añadido que iría a capas no asistenciales de Salud Mental y a las corporaciones farmacéuticas que producen esos estimulantes, y esto pagado mayormente por los presupuestos públicos sanitarios. En todo caso hay que apuntar que la promoción de frecuencias similares a los de los USA <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525089/> podría costar solo en procesos diagnósticos y medicación en España más de 500 millones de euros al año.

Pero quizá el problema que necesita más urgente atención es la aparición de **otras “epidemias”** de la mano de la del TDAH, que aunque parte del proceso de ampliación de criterios diagnósticos invadiendo la diversidad normal del desarrollo y buscando una expansión de mercados para drogas psicotrópicas, podría apuntar, particularmente en **la aparición del trastorno bipolar** de “ciclos rápidos” en la adolescencia [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(01\)00336-6/abstract](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(01)00336-6/abstract), a un crónico y desastroso proceso con trastornos mentales reales, del que los estimulantes y los antidepresivos, serían causantes. Hay que notar que el trastorno bipolar era prácticamente desconocido en menores antes del uso extensivo de estimulantes y antidepresivos.

La lectura de los capítulos *Creating the Bipolar Child* y dos siguientes en *The Anatomy of an Epidemic* de Robert Whitacker, es escalofriante. ¿Estaríamos asistiendo además del invento de trastornos mentales y del fomento de la cronicidad en los más reales como las psicosis, a la **producción de una población de discapacitados** por causas iatrogénicas, http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/ssi_asr/2008/ssi_asr08.pdf de pésimo pronóstico y con consecuencias sociales, humanas y económicas nada tranquilizantes? Más allá de cuestiones de cosificación y mercantilización de la experiencia o de las dudas que uno pueda tener sobre la interpretación que Whitacker hace, los altos niveles de supuesta comorbilidad y de polifarmacia en menores son muy preocupantes.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2952543/>

El **creciente uso de antipsicóticos**, mucho más tóxicos que los estimulantes, que parece acompañar a estos desarrollos, fuera de las psicosis y en poblaciones vulnerables y sin atención al consentimiento informado, tiene unas reminiscencias más bien horribles http://en.wikipedia.org/wiki/Action_T4. El uso de antipsicóticos en poblaciones dependientes y/o excluidas, ha aumentado enormemente y su facturación en los USA se acerca a los 20.000 millones de dólares anuales y ha superando a las estatinas como grupo de mayores ventas. La polifarmacia es frecuente en esas poblaciones. Y este es el modelo que nos están vendiendo ya en España.

V.

Dentro de un fenómeno global pero que particularmente afecta a los países desarrollados, de publicidad de “enfermedades” de supuesto origen bioquímico, ampliación de criterios diagnósticos y cronificación de trastornos reales o no, la **promoción del TDAH y los estimulantes en España** parece tener características descritas entre otros por Ben Goldacre en *Mala Farma*, para medicinas, especialmente las psicotrópicas: Creación de paneles de expertos académicos o ligados a fundaciones, institutos etc, los llamados KOLs (Key Opinon Leaders; en español serían LCOs o Lideres Clave de Opinión), y desarrollo de circuitos de conferencias, seminarios y cursos en centros sanitarios y escuelas públicas <http://www.cchrint.org/issues/the-corrupt-alliance-of-the-psychiatric-pharmaceutical-industry/> ; Congresos y producción de estudios en revistas científicas que van desde diseño previo y control editorial de los ensayos, escritos por “negros” y firmados por los LCOs, ocultación de resultados negativos y control de agencias reguladoras, hasta métodos que recuerdan a los de un estado policial, Financiación de asociaciones de afectados y familiares <http://psychiatricfraud.org/2011/10/chadd-gets-big/>; Portales y blogs en la red y artículos divulgativos en prensa local y publicidad en revistas profesionales, y cuando es posible publicidad directa al consumidor en TV y prensa <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1116659/> ; Lobbying de políticos, Litigios por fraude de marketing, tarugueos y estafas y por daños debidos a reacciones adversas y pagos colosales, si posible al margen del juzgado para evitar vistas y así exámenes de documentos comprometedores, <http://www.nytimes.com/2010/10/03/business/03psych.html?>

[pagewanted=all& r=0](#), Silencio de colegios y asociaciones profesionales, etc.

Pero como común denominador de todo esto tenemos el fomento de la **compulsión alopática**, y el uso del **cientifismo** para ver no solo los trastornos mentales y las discapacidades intelectuales si no los problemas de la vida y la diversidad del desarrollo en niños, como **enfermedades cuyo origen está en alteraciones bioquímicas definibles, permanentes, y remediables con psicofármacos**, como *Joanna Moncrieff* ha expuesto lucidamente en *The Myth of the Chemical Cure*. Los protagonistas del desarrollo y mantenimiento de esta ideología no son solo los psiquiatras, y las farmacéuticas sino todo tipo de profesionales relacionados con sanidad, familiares con dinámicas difíciles de abordar, psicólogos en servicios sociales y docencia, maestros claro, medios de comunicación, y políticos con menos afición a enterarse de los problemas que a ganarse algún puñado de votos o algún favor etc.

Hay que sospechar que los principales laboratorios involucrados en esas prácticas serían los cuatro grandes productores de fármacos relacionados con el TDAH, el “*Cartel de Ritalín*”:

Janssen, englobada dentro de la estructura corporativa de Johnson and Johnson y con varias ramas para objetivos de producción o distribución.

Produce el *Concerta*, metilfenidato de liberación lenta mucho más caro, aunque ahora está ya en fase genérica. Se basa en la idea de que el TDAH es como la diabetes, una deficiencia bioquímica que hay que tratar de manera permanente, rechazando su uso coyuntural o los descansos medicamentosos, lo que lleva con mucha más probabilidad a la tolerancia y la cronicidad y al uso compensatorio por las noches del *Risperdal*, un antipsicótico también de Janssen, para calmar al niño.

La risperidona es un neuroléptico o antipsicótico con efectos opuestos a los estimulantes y es usado en menores en los trastornos de tipo bipolar, a los que nos hemos referido antes, como “co-morbidos” del ADHD. La idea de que los neurotransmisores se pueden manipular al gusto del que receta como un sistema de manivelas + y -, incluido el uso de dos drogas con efectos opuestos al mismo tiempo y ya está, hace sospechar la existencia de un mengelismo comercial o un delirio alopático. *Peter Tyrer*, un psiquiatra “biologista” convencional de mucha experiencia, profesor del *Imperial College* y editor del *British Journal of Psychiatry*, ha hablado de *neuroleptofilia* y de “*una mecha lenta hacia el desastre*”, en relación al uso extensivo de antipsicóticos. El uso del risperdal y otros antipsicóticos está creciendo en menores en acogida, en los que el “trastorno bipolar” está substituyendo al “trastorno de conducta”, y en la discapacidad intelectual y el autismo de Kanner, sin evidencia alguna de que sean beneficiosos para los pacientes más bien al contrario.

Janssen es posiblemente la farmacéutica con mayores multas por fraudes de varios tipos, <http://www.nytimes.com/2012/04/12/business/drug-giant-is-fined-1-2-billion-in-arkansas.html? r=0>

y ligada al caso Biederman denunciado desde el Senado y desde el New York Times http://www.nytimes.com/2009/03/20/us/20psych.html?_r=0. Biederman compone probablemente junto con Faraone y el sueco Gillberg la triada más importante de KOLs (LCOs, líderes clave de opinión) en la promoción mundial del TDAH <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16946911> además de ser el principal promotor en USA del trastorno bipolar y el uso de antipsicóticos en niños.

Eli Lilly relacionada al parecer con el “caso Toronto” que involucraba a David Healey, profesor de psiquiatría en Cardiff y erudito de la historia de la psicofarmacología, <http://www.theguardian.com/education/2002/may/21/internationaleducationnews.mentalhealth/print>. Lilly fue así mismo protagonista del asunto de los “documentos Prozac” <http://www.ahrp.org/infomail/05/01/27.php> además de los “escándalos de Zyprexa” http://www.huffingtonpost.com/2009/06/12/eli-lillys-zyprexa-fraud_n_214907.html. Es la productora de atomoxetina, o Strattera, importante estratégicamente por su menor potencial para el abuso y menores problemas con la discontinuación. Podría tener efectos secundarios, incluidos agresividad e ideación suicida, similares a algún antidepresivo, y está por esto en la *lista del “triángulo negro”* en el Reino Unido, además de llevar en los USA un *aviso black box* por toxicidad hepática. Parece haber tenido litigios sobre la patente. Es menos efectiva a corto plazo que los estimulantes y no hay evidencia de su utilidad a largo plazo <http://en.wikipedia.org/wiki/Atomoxetine>.

Rubió, ligado a **Novartis** es decir Ciba Geigy es decir Ritalin/Rubifen ha sido acusada en California y New Jersey de conspirar para crear un mercado para el Ritalin <http://www.uow.edu.au/~bmartin/dissent/documents/health/pharmfraud.html#Novartis> Rubió promueve un método diagnóstico genético del que no he sido capaz de encontrar en internet ninguna referencia en revista profesional o científica que lo valide <http://www.neurofarmagen.es/>. Crucial en la operación española, tiene actividades de formación y un portal http://www.farmanews.com/notas_de_prensa/N1121.html.

Shire una empresa localizada en la isla de Jersey por razones fiscales y con cuartel general en Irlanda, clave en el tema del TDAH, con importantes actividades en educación, propaganda, portal en internet, lobbying del Parlamento Europeo, creación de LCOs http://www.shire.com/shireplc/en/resp/patients/education/adhd_awareness y otras actividades. Produce el adderall, una anfetamina muy recetada en USA, por la que ha tenido litigios por sobreprecio y la guanfacina, un compuesto que se ha intentado usar en varios tipos de trastornos, incluidos el TDAH y el autismo, por ahora sin éxito, y por el que tiene litigios sobre la patente.

En España la ausencia de formación estructurada y ecléctica en psiquiatría infantojuvenil pone a los psiquiatras en una dependencia mayor con respecto a modelos de trastornos psiquiátricos como alteraciones definidas y duraderas en la química cerebral. Incluso sin “malas prácticas” definidas, el modelo cientifista hace sentir a los médicos, no solo psiquiatras sino pediatras y otros especialistas, más seguros y competentes. Y da a psicólogos y educadores una salida para sus propios fallos y carencias. Para los padres,

mantiene la ilusión de que algo se está solucionando. No especularemos lo que esto podría significar para los políticos en un país como el nuestro.

Esto junto con la escasez de crítica a nivel judicial, político y prensa hace que las farmacéuticas lo tengan más fácil pues hay poca resistencia a la adopción de ese modelo del TDAH, pero por otra parte no pueden enraizarse articulando sus actividades en organizaciones profesionales poderosas como la American Psychiatric Association, políticas como el National Institute of Mental Health o universidades de prestigio como Harvard. En todo caso si indagamos en la lista de expertos de las **guías para el diagnóstico** de TDAH, los lazos que pueda tener la **asociación sobre el TDAH** o los **cursos, seminarios y portales** sobre el tema, no debería ser difícil encontrar directa o indirectamente los nombres de farmacéuticas especialmente las cuatro mencionadas arriba..

Un debate amplio, abierto y sostenido, basado en hechos y argumentos es urgente.

Mariano Almudevar.

Huesca 27 de Agosto 2013