

TDAH y trastornos psicológicos: mitos y realidades

Las profesiones vinculadas al ámbito educativo lidian de manera cotidiana con factores que, por formar parte de la realidad del alumnado, discurren de manera paralela a la enseñanza y se encuentran inevitablemente vinculados a la labor docente. Además de los consabidos factores de tipo social y familiar, los trastornos psicológicos o psiquiátricos quizá sean los más frecuentes y, desde luego, a buen seguro son los más llamativos y peor comprendidos, pues en torno a ellos abundan concepciones radicalmente erróneas respecto de su naturaleza y forma de abordaje.

La principal de todas ellas radica en la asimilación de los trastornos psicológicos con las enfermedades de tipo orgánico o biológico, propias de la medicina, algo que aún perdura bajo la denominación popular pero radicalmente equívoca de “enfermedades mentales”, lo que a su vez conlleva el contraproducente error de priorizar e incluso limitar su tratamiento al consumo de psicofármacos.

En este sentido y por desgracia, el conocido Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) resulta un ejemplo paradigmático de lo anterior, debido a su inusual e incluso espectacular prevalencia en el entorno educativo. Tanto en colegios como en institutos, raro es hoy el grupo o clase que no tenga parte del alumnado diagnosticado de inatención y/o hiperactividad, así como también medicado en consecuencia.

El objetivo de este texto es ofrecer una comprensión, sucinta pero rigurosa, que pueda servir de orientación básica para profesionales y usuarios de la enseñanza, así como para el público general, de los siguientes puntos: **1)** qué son realmente los trastornos psicológicos o psiquiátricos (utilizaremos esta denominación indistintamente, como luego se justificará); **2)** en qué consiste y qué implica su diagnóstico;



3) qué función tienen los psicofármacos y la psicoterapia en su tratamiento; y **4)** concretar lo anterior en el caso ejemplar del TDAH.

1. Qué son los trastornos psicológicos y/o psiquiátricos

Es habitual caracterizar el TDAH como trastorno de naturaleza biológica y, más en concreto, cerebral o neuronal. De hecho, no es infrecuente que este presupuesto abarque a la totalidad de los trastornos psicológicos; pero el caso del TDAH, como ya hemos señalado, resulta prototípico en este sentido. Así, suele entenderse que el TDAH es un trastorno de tipo neurobiológico, resultante de un desarrollo o funcionamiento deficitario e inadecuado de los circuitos neuronales del cerebro o de áreas concretas del mismo, como el lóbulo frontal. Suele considerarse también que entre sus causas inciden especialmente factores de tipo biológico y genético, así como que su debido diagnóstico compete, incluso antes que a psicólogos o a psiquiatras, al neurólogo.

Esta caracterización de la naturaleza del TDAH, y de los trastornos psicológicos en general, resulta perfectamente comprensible, pues se trata de una idea muy difundida, tanto en general como en el ámbito

educativo, en artículos y libros de divulgación e incluso –y esto, sin duda, debe destacarse– entre no pocos profesionales de la salud mental. Sin embargo, como veremos a continuación, se trata de una idea objetivamente errónea, carente del adecuado fundamento empírico, cuyas desgraciadas consecuencias de sobremedicación a menores son de todo punto indeseables, y cuya difusión, tanto en el ámbito clínico como en el educativo, tenemos la responsabilidad ética y profesional de revertir y no promover.

En primer lugar, porque la psiquiatría es, por su propia definición, esa peculiar y paradójica subdisciplina médica cuyo objeto de estudio, sin embargo, es idéntico al de la psicología clínica: los trastornos mentales y del comportamiento, esto es, justo aquellos que carecen de etiología (es decir, causalidad) orgánica identificada, que es lo propio de la medicina. Repetimos: esta es la característica definitoria de los trastornos psiquiátricos, por la cual su caracterización oficial es la de “trastornos mentales y del comportamiento”, es decir, trastornos psicológicos, no biológicos.

Ocurre que la psiquiatría, en tanto que es parte de la medicina, tiende a mantener el presupuesto tácito del modelo biomédico (Infocop 2014a), según el cual las patologías psiquiátricas deben responder, siquiera sea en última instancia, a la naturaleza biológica, somática o corporal, que es el objeto temático específico de la medicina. Pero esto es, como ya hemos indicado, justo lo que no acontece en la psiquiatría y lo que da a esta disciplina su ya mencionado carácter paradójico. Cuando por ventura en determinados trastornos se identifica de manera inequívoca alguna causa orgánica, ya sea genética, vírica, neuronal o de otro tipo, los trastornos en cuestión salen de toda categoría diagnóstica psiquiátrica y pasan a considerarse enfermedades no psiquiátricas, como el resto de las enfermedades médicas.

Por su parte, la psicología clínica y de la salud es la subdisciplina psicológica que, al igual que la psiquiatría, se ocupa de la salud mental y los trastornos psicológicos. Sin embargo, como disciplina específicamente psicológica no parte de parámetros biológicos, sino propiamente psicológicos (cognitivos, afectivos y comportamentales), aunque, obviamente, también incluye en su estudio los factores coimplicados de tipo biológico y social. Tanto los psicólogos clínicos como los psicólogos sanitarios son los profesionales de la psicología oficialmente especializados en esta rama.

Evidentemente, lo anterior no significa que aquellas patologías dotadas de causa orgánica identificada carezcan de

consecuencias a nivel psicológico, ya sea cognitivo o emocional, como, por ejemplo, el Síndrome de Down, de conocida base genética, o el Alzheimer, cuya causa inicial aún se especula, pero de cuya naturaleza neurodegenerativa nadie duda. De igual modo, tampoco significa que los trastornos mentales no tengan inevitables correlatos somáticos y neuronales, pero ninguno que pueda identificarse de manera constante o universal como causa de aquellos.

Así pues, por mucho que pueda sorprender –tanto a legos como a no pocos doctos–, esta es la única base biológica que tienen los trastornos psiquiátricos o psicológicos, incluso aquellos cuya supuesta base orgánica es habitual postular, como el trastorno depresivo, el bipolar, la esquizofrenia (Read *et al*, 2006; Read y Dillon, 2017) o, en nuestro caso, el TDAH. Los numerosos artículos, libros y estudios que reiteran haber identificado la supuesta causa orgánica de estos u otros trastornos, ya sea en determinados genes, en el déficit de algunos neurotransmisores o en el malfuncionamiento de ciertas áreas cerebrales, se encuentran siempre limitados a meras correlaciones parciales e imposibles de generalizar.

Entenderemos mejor esta cuestión si comprendemos también cuál es la naturaleza de los diagnósticos psiquiátricos y de los psicofármacos.

2. Qué son los diagnósticos psicológicos y/o psiquiátricos

Lo primero y más importante que debe conocerse a este respecto es que los diagnósticos psiquiátricos, justo al contrario de lo que ocurre en el resto de la disciplina médica, son diagnósticos descriptivos o ateóricos, no etiológicos. Esto significa que el diagnóstico no se realiza en función de las hipotéticas causas del trastorno, sino única y exclusivamente en función de los síntomas observables, que son precisamente los que definen al trastorno en cuestión.

El famoso DSM, sigla en inglés del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y del comportamiento*, editado por la Asociación Psiquiátrica Americana, ya en su quinta versión DSM-5 (APA 2013, muy criticada en el propio gremio psiquiátrico por carencias de apoyo empírico y conflictos de interés con la industria farmacéutica), pero igualmente el ma-

nual CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS 1992, cuya versión CIE-11 entrará en vigor en 2022), establecen como criterios diagnósticos para cada trastorno la mera enumeración o serie de aquellos síntomas psicológicos observables (síntomas afectivos, cognitivos y conductuales) que, por su especial prevalencia, han recibido etiqueta o denominación psiquiátrica. Podemos comprobar, de nuevo, hasta qué punto la situación es paradójica: la psicología clínica asume directamente las clasificaciones de la psiquiatría tipo DSM en tanto que estas, a su vez, se han desarrollado en función de criterios propiamente psicológicos (Quiroga, 2005).

Por lo tanto, debemos entender que recibir un diagnóstico psiquiátrico lo único que indica es que el sujeto está experimentando una determinada serie de síntomas (de ahí que el diagnóstico sea “descriptivo” de esos síntomas), pero no dice absolutamente nada sobre las posibles causas de los mismos (no incluye teorías o hipótesis causales, de ahí que sea “ateórico”). Comparemos e imaginemos que, tras sufrir un dolor particular en la rodilla y acudir al médico, este nos diagnostica “rodillitis” o –por darle un nombre más técnico– “trastorno rodillal”, siendo este diagnóstico equivalente al mero sufrir ese tipo de dolor en la rodilla, pero totalmente ajeno a cualesquiera de sus posibles causas. Pues bien, esto es exactamente lo que ocurre con los trastornos psiquiátricos.

Obviamente, esto no significa que no sea importante conocer las causas de los trastornos. Muy al contrario, una intervención adecuada dependerá precisamente de establecer bien su etiología. Siguiendo con nuestra analogía anterior, la intervención correcta ante el dolor de rodilla dependerá de si este obedece, por ejemplo, a una infección bacteriana, a un hematoma interno o a una rotura del ligamento cruzado, pues quizá en un caso se precisará administrar antibióticos, en otro reposo y en otro cirugía. Por eso, salvo en psiquiatría, los diagnósticos médicos siempre son o aspiran a ser etiológicos, relativos a las causas, y no meramente descriptivos, relativos a los síntomas. Por el contrario, los diagnósticos psiquiátricos son solo descriptivos de los síntomas, excluyendo la consideración de sus posibles causas, las cuales a menudo solo pueden ser exploradas y afrontadas, como luego veremos, en un adecuado proceso de psicoterapia.

La consecuencia más relevante de todo esto es que, debido justo al carácter des-

criptivo y no etiológico ya explicado de los diagnósticos psiquiátricos, estos se convierten en auténticos cajones de sastre, pues bajo la misma etiqueta diagnóstica se mezclan, como suele decirse, churras con merinas, es decir, problemas de naturaleza muy diversa que, sin embargo, manifiestan la misma sintomatología. Aunque no podemos entrar aquí, como sería deseable, en los pormenores de este crucial asunto, en el ser humano no acontece que las mismas causas produzcan siempre los mismos efectos, ni que los mismos efectos sean siempre producidos por las mismas causas. Un cuerpo físico sometido a las mismas fuerzas externas realizará siempre el mismo movimiento, pero un sujeto humano, ante los mismos factores externos, puede realizar conductas incluso diametralmente opuestas.



Por ejemplo, un niño que sufre acoso escolar puede desarrollar una personalidad temerosa y quizá fobia social al generalizar y percibir a los demás como posibles agresores, pero también puede identificarse con la figura agresora y desarrollar la confrontación violenta como paradójico mecanismo de defensa, o puede que no acontezca ninguna de ambas cosas. De igual modo, un comportamiento aparentemente tímido, o su opuesto agresivo, puede obedecer a causas muy diversas y distintas en cada persona. Baste este simple apunte para comprender que los diagnósticos psiquiátricos agrupan bajo una misma categoría clínica realidades de naturaleza tan diversa como particular en cada caso, los cuales solo una adecuada exploración psicoterapéutica permite revelar.

Por último, aclaremos que este diagnóstico puede hacerlo igualmente un psicólogo clínico, un psicólogo sanitario o un psiquiatra, pues todos ellos son profesionales debidamente formados y acreditados en salud mental. De hecho, tanto para el TDAH como para los demás trastornos psicológicos, lo que no se entiende bien es por qué





lo hacen o deberían hacerlo neurólogos, que son médicos cuya especialidad precisamente no es la salud mental, sino las patologías orgánicas del sistema nervioso.

La gente suele pensar que el neurólogo diagnostica a partir de un determinado examen o prueba a nivel neurológico, pero eso es justo lo que no ocurre, porque los síntomas diagnósticos en psiquiatría, como ya se ha explicado, no son en absoluto de tipo neurobiológico, sino exclusivamente psicológicos, es decir, emocionales y de comportamiento, y porque, a nivel neurobiológico, no hay ninguna particularidad específica que permita realizar ningún tipo de diagnóstico psiquiátrico. En realidad, lo que el neurólogo hace es limitarse a utilizar los mismos criterios diagnósticos DSM que utiliza el psicólogo o el psiquiatra, pero sin ser especialista en los mismos. En el caso del TDAH, con no poca frecuencia este diagnóstico se limita a uno o varios tests que realizan los propios menores o incluso sus padres, tutores o profesores, como muchos que lean estas líneas seguramente habrán tenido ya ocasión de comprobar.

3. Qué son los psicofármacos y la psicoterapia

Si en el caso de los diagnósticos psiquiátricos hemos visto la importancia de entender que estos tienen un carácter puramente descriptivo y no etiológico, respecto de los psicofármacos resulta fundamental comprender que su función es meramente paliativa o analgésica, no curativa. Esto debe interpretarse en sentido completamente literal. Los psicofármacos no curan nada. En primer lugar, como ya sabemos, porque no hay ninguna enfermedad orgánica o biológica que curar. Pero, en segundo lugar, porque su efecto es exclusivamente analgésico o paliativo de los síntomas.

Exactamente como la aspirina, el paracetamol u otros tipos de analgésicos no curan los virus de la gripe o del resfriado, sino que se limitan a eliminar o a reducir

sus síntomas de dolor y fiebre, mientras la respuesta inmunológica del propio cuerpo se ocupa de combatir directamente al agente patógeno. Del mismo modo, los psicofármacos no “curan” los trastornos psicológicos, sino que se limitan solo a eliminar o reducir sus síntomas, según el tipo de trastorno y psicofármaco, mientras el sujeto afronta el conflicto psicológico que padece con sus habilidades personales, con el apoyo de su red social o con ayuda psicológica profesional.

Como es obvio, paliar los síntomas es algo que puede tener valor por sí mismo, porque alivia el sufrimiento y porque puede facilitar que la persona se encuentre en mejor disposición de ánimo para confrontar el trastorno psíquico. Pero solo paliar los síntomas es algo que deja intacto dicho trastorno. Las muletas psicofarmacológicas, como las físicas, deben servir de apoyo o complemento temporal durante el proceso de rehabilitación cuando este es posible, pero nunca sustituirlo, so pena de estancar la recuperación y generar dependencia, produciendo así indeseables efectos iatrogénicos, es decir, contraproducentes (iatrogenia es como se denomina en medicina al daño o perjuicio en la salud producido como efecto de la propia intervención médica, de modo que, como reza el proverbio, acaba siendo peor el remedio que la enfermedad). La prevalencia de este fenómeno en los psicofármacos se constata, sobre todo, tras los estudios metaanalíticos (aquellos que analizan el conjunto de estudios o análisis anteriores sobre el tema) realizados en los últimos años.

Advirtamos aquí la obviedad de que los psicofármacos son drogas y funcionan como tales. Esto no supone ni ensalzamiento ni demonización *a priori*. Drogas son tanto aquellas de consumo legal y generalizado en la población, como el alcohol o el café, como aquellas otras de consumo ilegal y más limitado, como la cocaína o la heroína, pasando por aquellas cuyo uso legal se encuentra restringido a prescripción médica, como la morfina o los psicofármacos. Como drogas que son, los efectos de los psicofármacos también varían según persona y circunstancias, por lo que las indicaciones siguientes deben entenderse siempre en términos estadísticos generales. Es sabido también que la industria farmacéutica es la más lucrativa a nivel mundial tras la armamentística y militar. Dicho esto, la mayoría de los psicofármacos suelen agruparse según sus efectos en tres grandes categorías: ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos.

Los ansiolíticos también son conocidos como sedantes o tranquilizantes menores, buscan paliar los síntomas de la ansiedad

y están conformados por la familia química de los barbitúricos o por la más reciente de las benzodiazepinas, cuyo ejemplo más conocido seguramente sea el genérico lorazepam (a menudo bajo nombres comerciales como Orfidal o Ativan). Pues bien, el prospecto del propio medicamento indica que su consumo para tratar la ansiedad no debe superar 2-3 meses (1 mes si se trata el insomnio), incluyendo la retirada gradual del mismo, pues es bien conocido que los ansiolíticos, aunque eficientes (tranquilizan o calman rápidamente la ansiedad), generan fuertes niveles de tolerancia (cada vez es preciso consumir mayor cantidad para obtener el mismo efecto) y adicción, por lo que en su consumo a medio y largo plazo suelen primar los efectos secundarios contraproducentes.

Los antidepresivos de referencia son los famosos inhibidores selectivos de recaptación de neurotransmisores, como la serotonina (ISRS, entre ellos la fluoxetina, genérico del famoso Prozac), la dopamina (ISRD) o la noradrenalina (ISRN). Como su nombre indica, se prescriben para aliviar los trastornos depresivos, pues supuestamente elevan el estado de ánimo decaído por el también supuesto déficit de los citados neurotransmisores. Suposiciones, porque los metaanálisis actuales evidencian de forma reiterada que los antidepresivos solo parecen tener relativa eficacia significativa para determinados tipos de depresión profunda, mientras en las depresiones de tipo leve o moderado no presentan una eficacia media superior al mero efecto placebo. De igual modo, los estudios actuales desmienten la hipótesis deficitaria de los mentados neurotransmisores incluso como simple correlato biológico de los estados depresivos. La consecuencia práctica es que el tratamiento con antidepresivos, de dudosa y lenta eficacia, suele complementarse con ansiolíticos, cuyos indicados efectos de tolerancia y adicción se suman a los presentes también en los propios antidepresivos, que a su vez predisponen la recaída en el trastorno depresivo generando un peligroso proceso de retroalimentación iatrogénica entre antidepresivos y depresión (Infocop, 2019).

Respecto a los antipsicóticos, también conocidos como neurolépticos o tranquilizantes mayores, utilizados en los trastornos de tipo psicótico como la esquizofrenia, pero a menudo también en otros como el trastorno bipolar, los datos empíricos señalan cómo la tasa de recuperación de las personas diagnosticadas de esquizofrenia es sorprendentemente mayor en los pacientes que no son tratados con antipsicóticos respecto de aquellos que sí lo son, así

como en los países con mayor subdesarrollo económico, donde apenas hay capacidad de prolongar el tratamiento con antipsicóticos más allá de los primeros meses, frente a los estados primumundistas, donde el tratamiento con antipsicóticos se cronifica durante años de forma indefinida. La conclusión es que los fármacos antipsicóticos desempeñan un papel positivo a corto plazo, ayudando a superar el brote o crisis psicótica, pero a medio y largo plazo tienden a originar efectos iatrogénicos, muchos de los cuales son erróneamente atribuidos al propio trastorno psicótico. Además, experiencias como el “diálogo abierto” en Finlandia han evidenciado hasta qué punto es posible obtener la mayor tasa de recuperación de pacientes psicóticos a nivel mundial sin que la amplía mayoría (dos tercios) utilizara antipsicóticos.

Para todos estos aspectos aquí abordados relativos a la naturaleza y efectos de los psicofármacos son referencia actual e imprescindible las obras de Moncrieff (2013), Whitaker (2015), Bentall (2011) o Göttsche (2016). Por supuesto que hay otros tipos de psicofármacos, además de los ya señalados. En el caso del TDAH, se utiliza metilfenidato, una droga psicoestimulante de la familia de las conocidas anfetaminas y metanfetaminas (a la que también pertenece el famoso éxtasis o MDMA) que suele comercializarse bajo marcas como Ritalin o Concerta. La controversia sobre su eficacia real, y sobre los posibles efectos adversos de administrar lo que no deja de ser un derivado anfetamínico a menores durante las etapas cruciales de su desarrollo psicobiológico de infancia y adolescencia, ha sido una constante en la historia del TDAH (Arnau, 2005). Tocaremos este punto más adelante.

Sobre la psicoterapia solo podemos formular aquí unos telegráficos apuntes

que apenas dan razón de esta fascinante y compleja práctica (Feixas y Miró, 2004). En primer lugar, los datos empíricos evidencian que la psicoterapia tiene una eficacia superior tanto respecto de su ausencia como respecto del efecto placebo. En segundo lugar, aunque algunos modelos de psicoterapia presuman de una cuestionable evidencia superior a su favor (Vázquez y Nieto, 2005), la efectividad del proceso de psicoterapia es muy parecida en todos ellos y depende en gran medida tanto de factores extraterapéuticos (el entorno o red social, familiar, laboral, etc.) como de factores comunes presentes en las distintas escuelas de psicoterapia. En tercer lugar, entre estos factores comunes en las distintas formas de psicoterapia destaca el conocido como vínculo terapéutico, es decir, la relación de sintonía y alianza establecida entre terapeuta y paciente, que facilita la necesaria confianza y compromiso de este último con el proceso terapéutico. En cuarto lugar, aunque algunas formas de psicoterapia presuman también de mayor eficiencia y brevedad, la duración media real de un proceso de psicoterapia completo en la actualidad es similar y ronda los dos años (la mayoría entre uno y tres años) en todas las escuelas de psicoterapia, un tiempo muy inferior al del tratamiento cronificado con psicofármacos.

Los principales modelos o escuelas de psicoterapia, avalados por los colegios y asociaciones de psicología a nivel nacional e internacional, son cuatro (Kriz, 2001): la terapia cognitivo-conductual, la psicoanalítica o psicodinámica, la humanista y la sistémica. Sin entrar en sus pormenores teóricos y técnicos, podemos clasificar estas formas de psicoterapia en dos tipos generales. Por un lado, la terapia cognitivo-conductual y la sistémica se entienden a sí mismas como terapias centradas en la solución, en el cambio o en los síntomas, es decir, entienden que el problema del trastorno son los síntomas, que generan disfunción y malestar con independencia de cuáles sean sus posibles causas, por lo que el objetivo de la terapia será producir aquellos cambios en el sujeto que permitan eliminar dichos síntomas, solucionando así el problema. Como vemos, se trata de un enfoque afín al modelo biomédico propio de la psiquiatría. Por el contrario, el modelo psicoanalítico o psicodinámico, y parte de

los humanistas, serían terapias más “profundas”, centradas en la comprensión de las causas subyacentes a los síntomas, pues entienden que sin afrontar estas no acontece una verdadera solución del problema, que bien puede reaparecer con viejos o nuevos síntomas. Hay también, por supuesto, modelos integradores.

Terminamos este apartado aclarando que la prescripción de psicofármacos en España es competencia exclusiva de los profesionales médicos, ya sean especialistas de psiquiatría o de medicina general en los centros de salud. Por su parte, psicólogos clínicos y sanitarios son los profesionales capacitados para la evaluación diagnóstica y el tratamiento psicoterapéutico de los trastornos psicológicos, tras haber obtenido formación en alguno de los modelos de psicoterapia mencionados. En cuanto a los psiquiatras, se encuentran igualmente capacitados para la evaluación diagnóstica de los trastornos psicológicos, mas su capacidad para realizar psicoterapia dependerá de su formación particular, pues hace tiempo que la intervención psicoterapéutica dejó de ser parte esencial de la formación psiquiátrica favoreciéndose la administración de psicofármacos, si bien muchos también tienen una completa formación en psicoterapia.

4. El caso del TDAH

Explicado lo anterior en relación a la naturaleza de los trastornos psicológicos, su diagnóstico y tratamiento, podemos entender mejor el caso concreto del TDAH. Debido a las concepciones erróneas comúnmente extendidas sobre este trastorno entre la comunidad educativa, el Consejo General de la Psicología de España (entidad que agrupa a todos los Colegios Oficiales de Psicología autonómicos) publicó hace unos años un comunicado explícitamente dirigido a los profesionales de la docencia titulado “Realidades sobre el TDAH, reflexiones para el profesorado” (Infocop, 2017), donde se hacía eco de la alerta que la propia comunidad científica había emitido en este sentido. En él se advierte que, a pesar de los falsos mitos en sentido contrario:

- El diagnóstico de TDAH no explica la causa del problema (pues ningún diagnóstico psicológico o psiquiátrico incluye explicación alguna sobre sus posibles causas).
- No hay ninguna prueba de causalidad biológica subyacente, ni marcadores biológicos cuantificables, para establecer la presencia o ausencia del TDAH (algo igualmente generalizable a todo trastorno psicológico).



- El cerebro del menor con TDAH no es diferente del cerebro normal (hecho derivable del punto anterior).
- El tratamiento con psicofármacos estimulantes no ha demostrado su eficacia a largo plazo, e incluso se han observado peores resultados y efectos adversos (como suele ocurrir con las drogas psicofarmacológicas).

También señala que el TDAH se confunde a menudo con la inmadurez propia del desarrollo normal, y que su diagnóstico conlleva serias desventajas para el desarrollo potencial del menor, debido al conocido efecto Pigmalion o de profecía autocumplida, a raíz de la estigmatización que suelen conllevar los diagnósticos psiquiátricos.

Por otro lado, puestos a hablar de causas, afirma que se ha exagerado el peso del supuesto componente genético y, de hecho, apunta claramente hacia factores ambientales y similares (divorcio de los padres, determinados estilos de crianza, falta de recursos económicos, ambiente familiar, aditivos alimentarios, uso excesivo de móviles y pantallas, etc.), los cuales, a buen seguro y por desgracia, los profesionales de la docencia hemos tenido repetida ocasión de constatar. En este sentido, se añade también que oportunos cambios ambientales, tanto en el contexto escolar como en el extraescolar, pueden corregir por sí solos un significativo porcentaje de los casos.

Fijémonos hasta qué punto se carece de pruebas concluyentes de que el TDAH tenga una causalidad de tipo neurobiológico que, cuando así se postula, se hace formulando la hipótesis del "daño o disfunción cerebral mínima" (Manga *et al.*, 2008), donde "mínima" significa, sin más, indetectable. Es decir, que por prejuicios teóricos de tipo biomédico se presupone aquello que, sin embargo, resulta imposible constatar desde los parámetros estrictamente empíricos de la propia ciencia natural. Pues bien, este es el tipo de argumentación que, con mil ropajes distintos, lleva funcionando y trascendiendo a la sociedad desde hace décadas, tanto en relación al TDAH como a los demás trastornos psicológicos.

Esta falaz conceptualización del TDAH como trastorno biológico ha sido especialmente denunciada en

España por Marino Pérez Álvarez, catedrático de Psicología de la Universidad de Oviedo y seguramente el investigador español en psicología clínica con mayor reconocimiento profesional a nivel internacional, en sus libros *Volviendo a la normalidad. La*

invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil (Pérez *et al.*, 2014) y *Más Aristóteles y menos Concerta. Las cuatro causas del TDAH* (Pérez, 2018). En Internet pueden leerse varias entrevistas al autor sobre este tema, como la realizada por el propio Consejo General de la Psicología de España sobre "Los intereses que hay detrás del diagnóstico del TDAH" (Infocop, 2014b).

El injustificado diagnóstico y medicalización del TDAH, así como las falacias y preocupantes intereses en este asunto implicados, han sido igualmente puestos de relieve de forma repetida por especialistas académicos del ámbito clínico y educativo. En este respecto, pueden consultarse los artículos de López (2015), Balbuena (2016) o García de Vinuesa (2017).

Terminemos recordando lo que sobre este asunto concreto mostró al gran público y durante varias temporadas el famoso programa "Supernanny", sin duda lo mejor de lo poco decente que se ha hecho en divulgación psicológica en la pequeña pantalla. Allí, la psicóloga Rocío Ramos evidenciaba que el comportamiento de niños y preadolescentes con rasgos prototípicos de TDAH obedece directamente a los estímulos de su entorno, y que para modificarlo no es en absoluto necesario el suministro de drogas por muy legales que estas sean. ■

José Luis Romero Cuadra

Psicólogo Sanitario Colegiado M-26959

Filósofo Docente Colegiado 41007

www.alterconsulta.com

Referencias

- APA (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arnau, J.A. (2005). "Menores de edad y salud mental". En Romero, J.L. y Álvaro, R. (eds.) *Antipsychologism: el papel de la psicología académica*. Barcelona: Virus.
- Balbuena, F. (2016). "La elevada prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas". *Psicología Educativa*, n.º 22, pp. 81-85.
- Bental, R. (2011). *Medicalizar la mente*. Barcelona: Herder.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (2004). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- García de Vinuesa, F. (2017). "Prehistoria del TDAH: aditivos para un diagnóstico insostenible". *Papeles del Psicólogo*, Vol. 38(2), pp. 107-115.
- Götzsche, P. (2016). *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Barcelona: Los libros del lince.
- Infocop (2014a). "Mitos y realidades sobre el modelo biomédico en salud mental". Infocop, n.º 65, pp. 19-20. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5000
- Infocop (2014b). "Los intereses que hay detrás del diagnóstico del TDAH. Entrevista a Marino Pérez Álvarez". Infocop, n.º 67, pp. 7-11. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5324
- Infocop (2017). "Realidades sobre el TDAH, reflexiones para el profesorado". Infocop, n.º 78, pp. 32-33. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6882
- Infocop (2019). "El NICE reconoce que los antidepresivos pueden causar síntomas muy graves de abstinencia y modifica la guía sobre depresión". Infocop, n.º 87, p. 16. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8368
- Kriz, J. (2001). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- López, C.J. (2015). "La medicalización de la infancia en salud mental: el caso paradigmático de los trastornos de atención". *Papeles del Psicólogo*, Vol. 36(3), pp. 174-181.
- Manga, D. *et al.* (2008). "Trastornos por déficit de atención en la infancia". En Belloch, A. *et al.* *Manual de psicopatología*. Vol. II. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- McNamara, J. (2013). *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder.
- OMS (1992). CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Pérez, M. *et al.* (2014). *Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Madrid: Alianza, 2014.
- Pérez, M. (2018). *Más Aristóteles y menos Concerta. Las cuatro causas del TDAH*. Madrid: NED Ediciones.
- Quiroga, E. (2005). "Paradojas y aporías de papel de los trastornos de la personalidad en la psicología clínica y en la psiquiatría". En Romero, J.L. y Álvaro, R. (eds.) *Psicópolis. Paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea*. Barcelona: Kairós.
- Read, J. *et al.* (eds.) (2006). *Modelos de locura*. Barcelona: Herder.
- Read, J. y Dillon, J. (eds.) (2017). *Modelos de locura II*. Barcelona: Herder.
- Vázquez, C. y Nieto, M. (2005). "Psicología (clínica) Basada en la Evidencia (PBE): una revisión conceptual y metodológica". En Romero, J.L. y Álvaro, R. (eds.) *Psicópolis. Paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea*. Barcelona: Kairós.
- Whitaker, R. (2015). *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid: Capitán Swing.

