



Carta al director

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: ¿incrementa su prevalencia o se promueve su diagnóstico?

M. Gimeno Morales^a, J. Galbe Sánchez-Ventura^b

Publicado en Internet:
27-febrero-2015

José Galbe Sánchez-Ventura:
galbester@gmail.com

^aEstudiante de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España • ^bPediatra de Atención Primaria. Sector 2, Zaragoza. Profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España. Miembro del Grupo de Docencia de la AEPap.

Sr. Director de la *Revista Pediatría de Atención Primaria*:

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el problema de salud mental más frecuente en la infancia, representando hasta un 3-7% de todos los niños según algunas estimaciones¹. La variabilidad de la prevalencia es amplia, oscilando entre el 1,9%-14% en función de la metodología, el diseño del estudio y las escalas de valoración utilizadas². El progresivo incremento de la prevalencia del TDAH es debido en parte a la subjetividad de las escalas de diagnóstico, a la carencia de una prueba diagnóstica objetiva y a las expectativas inducidas en los padres de que existen soluciones médicas para los problemas de la vida. Las diversas ediciones del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* establecen unos criterios diagnósticos cada vez más amplios, que contribuyen a aumentar la prevalencia del TDAH. Ello da lugar al tratamiento con psicoestimulantes de muchos más niños y adultos. Cuando el diagnóstico está bien establecido, se dispone actualmente de pruebas consistentes de la eficacia del tratamiento con metilfenidato para niños con TDAH, pero no se puede negar que existe una tendencia a la medicalización de nuestra población infantil. Tal vez deberíamos preguntarnos:

¿Vamos en la dirección correcta, ¿Somos conscientes de las consecuencias que ello conlleva?

ANTE LA MISMA POBLACIÓN, DOS REALIDADES DISTINTAS

Podríamos enumerar una serie de factores predisponentes: el cambio en los valores sociales, el proceso extremo de industrialización, la sobrevaloración de la sociedad materialista y de consumo, una educación caracterizada por la ausencia de normas, aquella donde “todo vale”, la cultura del mínimo esfuerzo y la rápida recompensa, la intolerancia a las frustraciones vitales, unido a la desaparición de los vínculos sociales a los que se recurría ante el mínimo malestar psíquico; todo esto ha dado un giro a las expectativas (en salud) de los individuos. En consecuencia, se recurre a la atención sanitaria como medio de solución de problemas humanos y sociales.

Una de las cuestiones a las que nos enfrentamos es la de tratar problemas sociales desde un punto de vista médico, llevándonos a un proceso de la mercantilización de las enfermedades y favoreciendo en última instancia un estilo de vida dependiente de fármacos. Cuando los problemas son sociales, las respuestas también deben de serlo.

Hay diferencias notorias encontradas al respecto del uso de las consultas de Atención Primaria en la población inmigrante, observándose que esta usa menos los recursos sanitarios que la población autóctona³, de la misma manera que la población inmigrante hace menor uso del metilfenidato que la población autóctona⁴. Esta casuística responde a los factores sociológicos que influyen a las poblaciones; el concepto de salud o enfermedad es un constructo social y su variabilidad está en relación con el contexto sociocultural en donde se produce⁵. La forma de mirar que tiene una sociedad en un momento de la historia determina qué es salud y qué es enfermedad⁶. Todo ello salpica al diagnóstico del TDAH y a su tratamiento.

Ante esta realidad, ¿qué hacemos como médicos? Parece que la sociedad nos está pidiendo ayuda, pero ¿debemos responder a sus expectativas diagnosticando y tratando? ¿Transformándonos en últimos responsables de esta situación? ¿Acaso no deberíamos plantearnos hacia qué dirección vamos con una praxis médica carente de reflexión?

EL VALOR DE LA ETIQUETA

Etiquetar a un paciente supone convertir a una persona con un problema o dificultad en enfermo, creando dependencia del sistema, carga física y emocional⁷. Cuando se trata de niños, deberemos ser más reflexivos aún con el posible diagnóstico que establezcamos. Etiquetar siempre tiene consecuencias. Puede ser estigmatizante y dar lugar a una discriminación social y escolar. Generar una percepción de enfermedad con un impacto negativo sobre el desarrollo del niño, puesto que el niño adapta y organiza su personalidad frente a un diagnóstico innecesario, que lo marca como diferente⁸.

El diagnóstico final del TDAH en niños y adolescentes debe realizarse por un facultativo con entrenamiento y experiencia en el diagnóstico del TDAH y sus comorbilidades más frecuentes. Sin olvidar que los instrumentos de evaluación del TDAH son un medio para obtener información estandarizada

sobre las percepciones de los padres y docentes acerca de los problemas del niño². Los resultados deberían ser interpretados con precaución debido a la subjetividad inherente al uso de estas escalas.

Como médicos necesitamos conocer mejor las herramientas diagnósticas, ya que los síntomas se presentan de forma dimensional y no categorial, existiendo ambigüedad sobre el límite sano y enfermo, explicando divergencias en el diagnóstico y tratamiento⁹.

No solo los médicos estamos inmersos en el diagnóstico del TDAH, sino también los profesores y los padres son una pieza clave en el mismo, en ocasiones forzando al facultativo al establecimiento del diagnóstico. En el proceso diagnóstico del TDAH, el profesor participa y puede mediar de diferentes formas respecto al tratamiento o al rechazo del mismo¹⁰. Hay que saber que las llamadas campañas de sensibilización sobre enfermedades están a menudo financiadas por los departamentos de *marketing* de las grandes farmacéuticas más que por organizaciones con un interés primordial en salud pública, y que estas campañas de promoción pretenden influir sobre los médicos, educadores y padres¹¹.

Es importante señalar que un estudio realizado, en el que utilizando la escala ADHD RS-IV para maestros y padres se compararon las puntuaciones de una muestra española, se concluyó que los padres españoles tienden a otorgar puntuaciones más elevadas que los maestros en las escalas de inatención e hiperactividad. Al compararlo con la población americana, estos datos siguen la tendencia inversa, los maestros daban puntuaciones más elevadas. Se observa así la influencia de aspectos socioculturales¹². Los discordantes puntos de vista de una misma actividad refuerzan el hecho que a menudo hay diferentes motivos para los distintos individuos que se ven atrapados en las campañas de comercialización de la enfermedad¹¹.

Este conocimiento, demandado y aceptado por la sociedad, serviría como excusa para padres sanos preocupados, que focalizarían este estado sobre sus hijos, adquiriendo ellos la etiqueta de “niños con TDAH” y los padres la etiqueta de “padres con

niños TDAH” con intención de obtener de la sociedad recursos asistenciales. En muchos casos esto impide que asuman otras responsabilidades o las aborden de otra forma más integral. Tampoco hay que olvidar que los niños, que en ningún momento han decidido al respecto, padecerán los posibles efectos adversos del tratamiento. Nadie nos enseña a ser padres. ¿Somos conscientes de lo que ello significa? ¿Tenemos las habilidades necesarias para afrontar los problemas de los hijos? ¿Estamos prestando la suficiente dedicación? ¿Acaso estamos vendiendo la enfermedad al sano preocupado?

Como médicos, somos los últimos responsables de que esta tendencia se perpetúe; la lucha contra el *disease mongering* puede mejorar la salud personal de los individuos¹¹.

SOLUCIONES POSIBLES

Sería prioritario indagar en la etiología psicosocial de muchos problemas como el TDAH en la infancia, volver al sentido común para tolerar las vicisitudes propias de cada etapa vital, como las inherentes a la adolescencia¹³.

Medicalizar la vida de los niños puede favorecer que reciban servicios médicos y educativos especializados, aunque no siempre los más adecuados,

pero también puede llevar a la prescripción de tratamientos con efectos secundarios¹⁰.

Sería de vital importancia implementar estrategias asistenciales intersectoriales que permitan la relación de los trabajadores de la educación, la sanidad y el trabajo social en verdaderos equipos de trabajo multiprofesionales. Esto requiere un notable esfuerzo institucional de coordinación y de búsqueda de espacios y tiempos comunes para estos profesionales, creando redes de trabajo para el abordaje de casos individuales. Es necesario también que los padres dispongan de recursos formativos que les permitan realizar más eficazmente su papel de madres o de padres.

No se nos enseña cómo criar y educar a nuestros hijos. El establecimiento de límites y modelos de conducta organizada lleva implícito un mayor esfuerzo, mayor dedicación y tiempo por parte de los padres hacia sus hijos¹⁴. Una formación continuada por parte de los mismos les llevaría a afrontar de forma más eficaz la tarea de educadores principales de sus hijos, en lugar de buscar un especialista que les resuelva todos y cada uno de sus problemas.

ABREVIATURAS

- DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
- TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubió Badía I, Mena Pujol B, Murillo Abril B. El pediatra y la familia de un niño con TDAH. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8:5199-216.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N.º 2007/18.
3. Macipe Costa RM, Gimeno Feliu LA, Barrera Linares F, Lasheras Barrio M, Robert AC, Luzón Oliver L. Diferencias en la utilización de los servicios de Atención Primaria entre niños autóctonos e inmigrantes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013;15:15-25.
4. Macipe-Costa RM, García-Campayo J, Gimeno-Feliu LA, Magallón-Botaya R, Armesto-Gómez J. Differences in Methylphenidate use between immigrants and Spaniards in the child population of Aragon, Spain: a retrospective study. *J Child Neurol*. 2011;26:1265-70.

5. Gimeno LA, Armesto J, Macipe R, Magallon R. Comparative study of paediatric prescription drug utilization between the spanish and immigrant population. *BMC Health Ser Res*. 2009;9:225.
6. Bonet de Luna C, Marín JL. Patología, normalidad o “niños a la carta”; reflexionando en Paidopsiquiatría. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011;13:321-31.
7. Morell Sixto ME, Ortega Gonzalez C. ¿*Quo vadis* Pediatría? *Disease mongering*. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2013. Madrid: Exlibris Ediciones; 2013. p. 85-92.
8. Martínez González C, Ortega González C. El lado oscuro de los diagnósticos: las etiquetas. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2013. Madrid: Exlibris Ediciones; 2013. p. 93-8.
9. García Campayo J, Alda Díez M, Gascón S. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y adolescencia: del constructo social al calvinismo farmacológico. *Aten Primaria*. 2012;44:125-7.
10. Phillips CB. Medicine goes to school: Teachers as sickness brokers for ADHD. *PLoS Med*. 2006;3:e182.
11. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: Generating knowledge for action. *PLoS Med*. 2006;3:e191.
12. De la Rosa Morales V, González Rodríguez MP. Los padres españoles tienden a otorgar puntuaciones más elevadas que los maestros, en las escalas de inatención e hiperactividad, en comparación con la población estadounidense. *Evid Pediatr*. 2008;4:18.
13. Morell Sixto ME, Martínez González C, Quintana Gómez JL. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:491-512.
14. Gracia Peñas JJ, Domínguez Carral J. ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? *Evid Pediatr*. 2012;8:51.