

Javier Altamirano

TDAH

Más allá de la etiqueta

TDAH

Redacción
a cargo de

**Miquel
Figueroa**



Stevia Editors

TDAH

Más allá de la etiqueta

JAVIER ALTAMIRANO

TDAH

Más allá de la etiqueta

Redacción a cargo de
Miquel Figuerola



Stevia Editors

- © de los textos: Javier Osvaldo Yoldi Altamirano y Miquel Figueroa Martínez, 2015
- © del prólogo: Marino Pérez Álvarez, 2015
- © de la fotografía de la cubierta y de la contracubierta: Jesús Bartolomé Rodríguez
- © de la revisión lingüística: Joan Lloret Yusta

© de esta edición: Stevia Editors

Associació Dolça Revolució de les plantes medicinals
Carrer Barcelona, 72 - 25600 Balaguer - Catalunya - Espanya
info@dolcarevolucio.cat
www.dolcarevolucio.cat

Primera edició: octubre de 2015

ISBN: 978-84-608-2918-8

DL L 1479-2015

Maquetación y diseño: Miracle Solà Figueres

Impresión: Arts Gràfiques Bobalà, S.L.

www.bobala.cat

Agradecimientos

A Josep Pàmies y a los amigos de la Dulce Revolución, por creer en este proyecto.

A Marino Pérez, por apadrinar este trabajo y estar siempre ahí.

A Javier Álvarez, por sus lúcidos aportes.

A Xavier Uriarte, por hacernos entender la importancia de un enfoque holístico.

A Rafael de Mora, por compartir su visión y permitirnos el atraco.

También a todos a aquellos que han participado de manera más o menos directa: Pere Cornellà, Paco Almodóvar, Mariano Almudévar, Jesús Bartolomé, Miguel Jara, Teresa Forcades, Nelida Altamirano, Paula Altamirano, Barbara Olalla, Miracle Solà, Judith Sanleandro, Federica Latino, Luther Leyna, Noli Sánchez, Xavi Martí, Joan Lloret, Sonia Figueroa, Julia Martínez y Miguel Figueroa.

Índice

Agradecimientos.....	5
Prólogo.....	11
Introducción	15
1. Mi diagnóstico y yo.....	19
Un niño especial.....	19
«Su hijo tiene TDAH».....	23
Qué difícil es ser adulto	25
Un descubrimiento sorprendente.....	26
De nuevo en busca de ayuda.....	27
Cuidado con salirte del tiesto.....	29
2. Locos y cuerdos.....	31
¿Dónde está la línea que separa la salud y el trastorno mental?...	31
Rebuscando en el cerebro	33
La Biblia psiquiátrica y las categorías diagnósticas.....	36
El negocio de la enfermedad mental	38
Corrientes psiquiátricas alternativas	40

3. TDAH, ¿un trastorno inventado?	43
«No hay acuerdo en nada»	43
Breve historia del TDAH.....	46
En busca de la causa biológica	48
Diagnóstico «a ojo».....	55
El trastorno de moda	57
¿Existe realmente el TDAH?	60
4. La promoción del TDAH y de su tratamiento farmacológico	63
El entramado del TDAH.....	63
Ciencia por consenso.....	63
Drogas duras para niños	65
Las farmacéuticas del TDAH.....	69
Médicos (des)informados.....	71
Líderes de opinión con conflicto de intereses	71
Medios de manipulación	73
El TDAH en España	74
Medicar, ¿sí o no?	79
5. Más allá de la etiqueta	83
Una etiqueta para gobernarlos a todos	83
El enfoque sistémico: una visión global.....	85
El déficit de atención	86
El exceso de movimiento	88
La impulsividad.....	91

Pequeños genios	91
Niños extraordinariamente sensibles	92
Es tanto lo que desconocemos... ..	94
6. Atención sin medicamentos	99
El enfoque conductual.....	99
La escuela	100
La familia	107
La «sobrestimulación»	109
La alimentación	112
El arte como terapia.....	117
El ejercicio físico.....	118
Los reflejos primitivos.....	120
La contaminación electromagnética	121
La contaminación química	124
Epílogo.....	129
Notas	131
Bibliografía.....	139
Recursos.....	141

Prólogo

Los libros sobre TDAH se pueden clasificar en tres categorías. Están en primer lugar, por orden de aparición, los que presentan el TDAH como una entidad clínica de toda la vida. Son los más frecuentes. Definen el TDAH como un trastorno del neurodesarrollo de origen genético caracterizado por síntomas consistentes en déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. Se trata de la concepción estándar y prácticamente la oficial. Esta concepción viene dada por el célebre Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (conocido como DSM por sus siglas en inglés) y está avalada por declaraciones de consenso de expertos internacionales. Los libros que parten de esta concepción se reconocen ya por un índice compuesto con toda la *parafernalia* clínica de diagnóstico, comorbilidad, subtipos, prevalencia, neurobiología, genética y tratamientos, como si de una enfermedad más cualquiera se estuviera hablando. Estos libros estándar dan por hecho acríticamente la entidad del trastorno, sin siquiera reparar en que el propio DSM está en entredicho por su falta de validez y que por su lado las declaraciones de consenso, lejos de ser de expertos independientes como se dice, están financiadas por la industria farmacéutica.

Están en segundo lugar los libros críticos con esta concepción del TDAH debido al sobrediagnóstico y sobremedicación a que da lugar. Son cada vez más frecuentes. Ciertamente, hay una ligereza en el diagnóstico, como se aprecia en las grandes diferencias entre países (EE. UU. y España a la cabeza mundial, muy por encima por ejemplo de Fran-

cia e Italia), dentro de los países entre provincias (como la alta incidencia del diagnóstico en Quebec, donde tenía protección oficial —como en España ahora— respecto del resto de Canadá) y hasta entre centros escolares y centros clínicos según la «sensibilidad» y política de los lugares. Esta crítica por «sobrediagnóstico» hace más creíbles a los diagnosticadores, pero no deja de estar “embarazada” de la concepción estándar y a la hora de la verdad es engañosa. No meramente es engañosa porque cuando se está «poco embarazada», como decía aquella chica, se va a más, sino porque se está embarazado o no se está. Sería como aquel obispo que fuera crítico con el exceso de endemoniados, dando por hecho su existencia. Esta crítica del «exceso» suele venir de los que offician el diagnóstico, poniéndose ellos mismos delante de la procesión crítica con la solemnidad del que sabe que “haberlo haylo”. Esta crítica a medias es, al final, tan perniciosa como el «sobrediagnóstico» que critica, en la medida en que lleva a cantidad de pruebas diagnósticas sin que haya en realidad ninguna decisiva, como suponemos que serán también «minuciosos» los especialistas en posesiones demoníacas que no crean que todas son auténticas.

Están en tercer lugar los libros que son críticos no en cuestión de decimales, sino de enteros, preguntándose si realmente el TDAH es una entidad entera y verdadera o es ya una desafortunada etiqueta para una variedad de características que pueden suponer algún problema o que ni siquiera son un problema, sino que incluso son admirables. Leonardo da Vinci correría hoy el riesgo de ser diagnosticado y medicado. Estos libros son los menos frecuentes y por lo dicho quizá de los más necesarios. El presente libro pertenece a esta tercera categoría. Dentro de ella, tienen su particular originalidad y aportación.

Este libro no parte de ningún prejuicio anti-nada o pro-algo, sino de una inquietud resultante de experiencias personales por traer a la luz lados oscuros del mundo del TDAH. Ningún libro de esta tercera categoría parte de prejuicios, sino más bien de post-juicios, puesto que parte de hecho de las concepciones estándar y de las críticas a medias centradas en el sobrediagnóstico. Ahora bien, estos libros no parten acriticamente, sin revisar y sopesar las evidencias disponibles y los intereses creados. En la práctica tienen que abrirse paso en una maraña

de cosas consabidas empezando por la propias siglas del TDAH, que ya funcionan como un icono que tuviera carta de naturaleza y tienen también que nadar contra corriente en el aluvión de información que va en la misma dirección estándar y procesión oficial. Lo fácil es hacer libros estándar o críticos a medias.

Javier Altamirano cuenta su propio caso como niño «diagnosticado de TDAH», de modo que su estudio del tema y del problema supuso abrirse paso entre la maleza y nadar río arriba sin dejarse llevar por la corriente. El libro es tanto un testimonio personal como una revisión de lo que realmente se sabe sobre el TDAH. Más allá de la etiqueta, el libro nos devuelve a la variedad de niños y niñas que andan por ahí con su impulsividad, genialidad, sensibilidad, sin tener que detenerlos, diagnosticarlos y medicarlos. El mayor riesgo para los niños es que reciban el «diagnóstico de TDAH», no que atiendan a esto y lo otro, se muevan o respondan antes de tiempo, lo que sería educable y reconducible cuando sea un problema. Y un problema no es una enfermedad. Más allá de la medicación, el libro nos habla de una variedad de atenciones y cuidados saludables a poner en juego en los entornos de los niños: escolar, familiar, medio-ambiental, de la alimentación.

Gracias a la atención puesta más allá de lo estándar, la inquietud y la hiperactividad de Javier y al impulso de Miquel tenemos un pequeño gran libro, doblemente bueno, sobre lo que los padres, tutores y profesores de niños movidos y aparentemente distraídos debieran saber para no caer en la maquinaria diagnóstica al uso.

Marino PÉREZ ÁLVAREZ

Introducción

Cuando uno se sale del tiesto, siempre encuentra la oposición de los que quieren que las cosas no cambien. Yo estaba a punto de descubrirlo.

La asociación Adiam de Pineda me había invitado a dar una charla sobre mi experiencia como diagnosticado de este trastorno. El evento se celebró en una sala de actos cedida por el ayuntamiento de Pineda a la que acudieron unas doscientas personas. En el escenario me acompañaban la presidenta de TDAH Vallès y varios psicólogos y neurólogos que se encargarían de aclarar los aspectos técnicos. Era mi primera charla, así que estaba algo nervioso, pero a la vez muy feliz de poder dirigirme a padres y sobre todo a niños que estarían pasando lo que yo pasé. Quería hablarles de mi experiencia y asegurarles que, si ponían de su parte, el TDAH no se interpondría entre ellos y sus sueños.

No habían pasado ni diez minutos desde el inicio de mi charla, cuando alguien del público levantó la mano para hacer una pregunta.

—¿Qué opinas de la medicación? ¿Hay que medicar a los niños con TDAH?

Mi interlocutor acababa de tocar un tema delicado y polémico, aunque por entonces yo no sabía cuánto. Respondí de manera diplomática pero sincera:

—Yo no soy quién para decirle a alguien que tome o no tome la medicación, pero según mi punto de vista y mi propia experiencia, tiene más contras que beneficios.

Oír aquello debió horrorizar a la presidenta de TDAH Vallès, ya que no dudó en interrumpirme para tomar el control de la situación y, a continuación, ofrecer una explicación detallada de los fallos biológicos que causan el TDAH y de la necesidad de tratarlos con medicamentos. Allí terminó mi conferencia.

Su reacción me llamó mucho la atención. ¿Por qué se apresuró a contradecir mis palabras? ¿Era tan absurdo recomendar precaución con unas sustancias que a mí me habían generado efectos cuanto menos indeseados? Este episodio me hizo querer saber más. Me puse a investigar a fondo y ahora sé que no dije nada absurdo; de hecho, mi postura se ha ido haciendo aún más crítica a medida que he ido conociendo la realidad tras la etiqueta TDAH y su tratamiento farmacológico.

Hoy puedo afirmar, sin miedo a equivocarme, que a los padres se les está mintiendo descaradamente. Se les está diciendo que su hijo no acaba los deberes, no suele prestar atención en clase, pierde cosas, es desorganizado, interrumpe y le cuesta estar sentado en la escuela porque tiene una enfermedad llamada TDAH. A la vez, se les intenta convencer de que deben medicar al niño para «normalizarlo» y evitarle una vida llena de fracasos y frustración. Pero el TDAH no existe tal como nos lo venden. Al igual que los demás trastornos psiquiátricos, no es fruto de un descubrimiento sino de la votación de un grupo de «expertos». Es una etiqueta que engloba unas conductas similares (movimiento, impulsividad, una supuesta falta de atención, etc.), pero cuyas causas son muy variadas. Algunos de estos niños no tienen un verdadero problema; simplemente tienen sus propios ritmos de aprendizaje y de maduración; otros son niños supersensibles e inteligentes que no encajan en un sistema escolar desfasado como el actual; otros están viviendo situaciones familiares angustiosas o arrastran traumas del pasado; otros tienen una alteración neurológica real cuyas causas hay que buscar... Lo que ocurre es que a algunas partes interesadas les es más fácil cortarlos a todos por el mismo patrón y venderles un único tratamiento a todos ellos. Así pues, en ningún caso me referiré a estos como «niños con TDAH», sino como «niños diagnosticados de TDAH» o «niños con diagnóstico de TDAH». Si realmente queremos comprenderlos y darles la atención que muchos de ellos necesitan, es necesario un acercamiento lo más holístico posi-

ble que nos permita entender sus peculiaridades y que contemple los factores ambientales que pueden estar influyendo negativamente en sus vidas. En muchos casos, probablemente lo que más necesitan es que les dejemos ser niños.

Con este libro pretendo que los padres, tutores y maestros de estos niños movidos y aparentemente distraídos tengan una información que habitualmente no se les da, a fin de que no se dejen engañar. Quiero evitar que sus hijos caigan en manos de la voraz maquinaria del diagnóstico psiquiátrico, que sean etiquetados como lo fui yo, y que esto se convierta en un lastre con el que tal vez carguen el resto de sus vidas. Eso sí, me gustaría aclarar que no soy psicólogo, psiquiatra ni neurólogo, y que lo único que puedo aportar es mi propia experiencia y la información obtenida a través de la lectura de libros e informes, y de las entrevistas que hemos mantenido con psicólogos, psiquiatras y otros expertos. Para ello he contado con la ayuda del periodista Miquel Figuerola, quien me ha ayudado a recopilar y organizar los datos para presentarlos en las siguientes páginas.

Sin más preámbulos, invito al lector a que me acompañe en este viaje más allá de las etiquetas que otros tratan de imponernos.

1

Mi diagnóstico y yo

*«Quien no encaja en el mundo
está siempre cerca de encontrarse a sí mismo»*

Hermann HESSE

Un niño especial

Mi nombre es Javier Altamirano, y a lo largo de mi vida he sido diagnosticado de TDAH tipo combinado, trastorno crónico depresivo, taquipsiquia, Asperger y algunos desórdenes mentales más. Mi vida ha estado marcada por las siglas de todos esos diagnósticos, pero uno de ellos ha tenido un peso especial: el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el TDAH. Dicen que tengo un fallo en el cerebro que me hace ser especialmente desatento, impulsivo e hiperactivo. Y lo cierto es que, efectivamente, estas características están muy presentes en mí.

Nací y crecí en Girona (Cataluña) en 1978, en el seno de una familia franco-argentina que había emigrado en 1973. Pasé mi infancia en la Pujada de la Torrasa, un barrio obrero andaluz donde había un gran sentimiento de comunidad.

Decía Gabriel García Márquez que la memoria del corazón borra los malos recuerdos, pero puedo decir que mi infancia no fue una etapa fácil. He de reconocer que esto se debió, en parte, a mi carácter impulsivo y rebelde; era un verdadero «trasto». Me tiraba por las cuevas con mi bicicleta sin frenos, o, con doce años, le cogía la moto a mi hermano mayor. El resultado es que solía llegar a casa con las rodillas rascadas e incluso alguna vez con algún hueso roto. A parte de ser un niño incontrolable, constantemente tenía crisis en las que daba rienda suelta a mi rabia y frustración. De repente, un ruido un poco más fuerte, un timbre de voz determinado, una mirada que no me pareciera adecuada... y estallaba en

una rabieta de tres pares de narices. Recuerdo que los demás niños me tenían cierto miedo, porque no sabían por dónde iba a salir. Además, no controlaba mi fuerza, y alguna vez tuvimos algún susto. Cuando venían amigos de mis padres a casa y traían a sus hijos, nunca dejaban que me fuera demasiado lejos; siempre tenían que tenerme controlado.

Pero detrás de mi actitud gamberra y despreocupada se encontraba un niño inseguro, frágil y muy sensible, que arrastraba la sensación de ser diferente, de no encajar en el mundo. Este me parecía un lugar hostil dominado por unos seres extraños llamados «adultos» a los que no entendía ni sabía qué esperaban de mí. Tal vez no supe comunicarles mis preocupaciones, y quizás ellos tampoco se molestaron demasiado en conocerlas. Pero sabía una cosa: yo no era suficientemente bueno para ellos.

Constantemente me encerraba en mí mismo y utilizaba la imaginación para huir de la pesadez de la realidad. Me quedaba fascinado observando las formas poligonales, los vectores y la matemática que se esconde en lo cotidiano. Llegué a convertir mi habitación en mi universo paralelo donde me sentía amo y señor, y «protegí» la entrada con una alarma que monté yo mismo, y que me avisaba si alguien quería entrar. También fabriqué mi propio sistema *surround* con altavoces de radiocasetes y equipos de música. Siempre fui muy curioso y creativo; era el típico niño que lo desmontaba todo para tratar de entender su funcionamiento.

Estoy seguro de que todos los niños son especiales para sus madres, pero la mía debió creer que yo era un poco más especial que los demás. Cuenta que antes de nacer ya practicaba kárate con las paredes de su vientre. Ella era la única que no me dejaba como un caso perdido. Tal vez incluso me sobreprotegió y no me dejó demasiado espacio para mí mismo. Pero no le reprocho nada; sé que hizo lo mejor que pudo. Mi padre, por el contrario, siempre se mostró muy distante conmigo. Me consideraba manipulador y victimista. Aun así, yo siempre traté de conquistar su afecto acompañándolo al fútbol o su lugar de trabajo, aunque no me gustase ni una cosa ni la otra. Con mi hermano Claudio, que era cinco años mayor que yo, apenas tenía relación alguna. Él siempre fue

un niño tranquilo al que todos querían cuidar, contarle cuentos, jugar y llevarse a todos lados. Yo, en cambio, era la oveja negra de la familia; mis abuelos, tíos y primos (a excepción, tal vez, de mi abuela paterna) preferían evitarme siempre que fuese posible.

En el colegio la cosa tampoco me fue mucho mejor. Yo, que era un «culo inquieto», no podía estar sentado tantas horas atendiendo monótonas explicaciones que, por lo que recuerdo, no me interesaban demasiado. A los diez minutos de entrar en clase, mis piernas empezaban a moverse. Mientras solo eran las piernas, no llamaba mucho la atención, pero el verdadero problema era que al poco tiempo ya no podía centrarme en el profesor, y mi vista y demás sentidos se activaban en busca de información más sugerente. A la vez, de manera inconsciente, también movía las manos, dando golpecitos rítmicos en la mesa. Entonces el profesor me llamaba la atención: «Javier, ¡para!», y yo paraba durante un minuto, pero mi cuerpo enseguida volvía a activarse y de nuevo ponía en guardia al profesor a la vez que me ponía más nervioso al no poder evitarlo. Durante los primeros días del curso, los profesores solían tolerarlo, pero, al cabo de un mes, a la que me movía un poco ya me echaban fuera de clase. Creían que lo hacía para molestarles. Con el tiempo incluso diseñaron estrategias para que no les estorbara. Cuando había que leer en voz alta, por ejemplo, me obligaban a darle la vuelta al pupitre, de espaldas a la pizarra. Esto, que en un primer momento viví como una humillación, acabó por ser uno de mis momentos preferidos, ya que, al darme la vuelta, podía observar el exterior a través de un gran ventanal desde donde veía una gran arboleda y una parte del patio. A veces un grupo de alumnos hacían gimnasia allí, y yo me relajaba observando los movimientos rítmicos de los ejercicios que realizaban.

También disfrutaba las clases de plástica y de gimnasia, sobre todo porque significaba salir de clase y hacer algo diferente. Pero lo que realmente me apasionaba era ir al huerto que había en la parte trasera del patio. Iba siempre que podía, tanto a la hora del patio como al mediodía, a la hora de comer. Allí disfrutaba trabajando la tierra y cultivando cebollas y tomates. Incluso hubo una época en que quería ser payés, hasta que mis padres me llevaron a casa de unos amigos agricultores que me enseñaron lo duro que era realmente.

La mayor parte del tiempo disfrutaba estando solo. Una de las únicas que no me consideraban un bicho raro era Noli, una niña de mi clase. Ella tampoco tuvo una infancia modélica, así que supongo que nos acercamos el uno al otro de forma natural. Para mí era toda una novedad que alguien no me juzgara y no tuviese miedo de relacionarse conmigo. Podríamos decir que fue un poderoso bálsamo que me ayudó a sobrellevar los días de escuela, que cada vez se fueron poniendo más y más complicados. Las profesoras concluyeron que trataba de provocarlas o, simplemente, me tachaban de vago, así que frecuentemente me echaban de clase o me castigaban de cara a la pared; luego recibía la bronca de mi madre cuando la llamaban para contarle lo que había hecho. Poco a poco, fueron apartándome del resto de los alumnos y dejaron de tenerme en cuenta. Comenzaron por no dejarme sacar los libros en clase y saltarme cuando tocaba leer en voz alta, y finalmente me llevaron a una aula de recuperación, que era algo así como el gueto del colegio, donde se confinaba a los gamberros e inadaptados. Algunos de ellos no dudaron en hacer que mi estancia en la escuela fuera incluso peor de lo que ya era.

Si Noli era mi bálsamo en la escuela, mi amigo Pau lo fue en los momentos de ocio que pasaba en las calles de mi barrio. Él tampoco tenía miedo de mí, y parecía aceptarme tal como era. Pasamos muchas horas subiendo árboles y rocas, olvidándonos del mundo durante unas horas.

Madre no hay más que una

Javi era un niño precioso de melena de tirabuzones y unos ojos azules muy vivos. Apenas comenzó a andar y ya se paseaba por la casa metiéndose dentro de los muebles, o se comía el jabón del baño. Yo me esforzaba por esconder las cosas, pero él siempre acababa encontrándolas. Era (y sigue siendo) muy sensible y comprador; te conquistaba con su desparpajo y sus genialidades, aunque en aquel momento hubiera preferido que no fuera tan travieso. De repente soltaba algún comentario que nadie esperaba, y solo podías reírte. Además, siempre creí que me leía el pensamiento. Por mis gestos,

mi mirada, mis posturas, mi tono de mi voz, siempre sabía lo que estaba pensando o lo que estaba a punto de decir. También era un niño extremadamente curioso; desmontaba sus juguetes para investigar lo que llevaban dentro. Dibujaba en cualquier espacio. Tenía el techo y las paredes de su habitación con recorridos que lo llevaban a lugares que sólo él conocía. Recuerdo una frase de su pediatra, amigo de la familia: «¡Este será un genio!».

Pero Javi también era un niño diferente, difícil de entender, que lloraba y se enfadaba mucho. Las rabietas eran constantes y no paraba ni un segundo; era agotador. A veces era complicado llevarlo a cualquier lugar porque no estaba quieto; todo era excesivo en él. Intentar hacer los deberes era un trabajo de horas, que se veía interrumpido por el vuelo de una mosca. Se cansaba rápidamente y al final acababa castigado y yo desesperada y sin saber qué hacer. No entendía que le pasaba ni sabía cómo ayudarle y, a la vez, me sentía sola e incomprendida.

Un día, en la televisión, vi a unos padres y médicos que hablaban de algo llamado «hiperactividad» y pensé: «Ya lo tengo, ¡esto es lo que le pasa a Javi!».

Nelida ALTAMIRANO

«Su hijo tiene TDAH»

Aún recuerdo cuando, con unos doce años, fui por primera vez a ver al psicólogo de la escuela. Me causó una profunda impresión porque se comportó de una manera diferente a como solían hacerlo los adultos que yo conocía. Me pidió que me sentara y, de manera muy natural y comprensible, me explicó por qué estaba allí: «Mira, Javier, han querido que vengas a verme porque te cuestan ciertas cosas, y además eres muy movido en clase». Parecerá una tontería, pero yo no estaba acostumbrado a que me diesen explicaciones. Además, demostró un genuino interés en saber lo que yo pensaba, lo cual también era una novedad; solía tener la sensación de que todo el mundo decidía sobre

mí, pero sin contar conmigo. Recuerdo que me preguntó qué cosas me gustaban y le mostré un ejemplar de una pequeña revista que yo mismo realizaba con mi máquina de escribir y recortes de otras revistas, y que fotocopiaba y distribuía en la escuela, aunque sin demasiado éxito. Trataba sobre actividades en la naturaleza como la escalada, el montañismo, etc. El psicólogo comenzó a ojearla y su expresión se convirtió en puro asombro. Finalmente la cerró y me dijo:

—Javier, tienes que aprovechar esta creatividad que tienes. Vamos a hacer una cosa: cuando te agobies en clase, ven a verme y de paso aprovechas y haces esto que te gusta.

Pero ahí se acabo esta bonita historia, ya que no sé si lo echaron, lo cambiaron o qué ocurrió, pero no volví a verle. Por recomendación de los profesores, mis padres me llevaron a varios psicólogos y psiquiatras privados, que finalmente concluyeron que lo mío era TDAH tipo combinado-desafiante y un trastorno crónico depresivo. Como es evidente, yo no tenía ni idea de lo que significaban todas aquellas palabras; notaba que me trataban de una manera extraña y me ocultaban cosas, pero nadie me explicaba nada. Finalmente, un año después la realidad cayó sobre mí como una losa. Ocurrió que un día, mientras husmeaba en el armario de mis padres, encontré una carpeta con mi nombre y sin pensarlo dos veces la abrí para ver qué contenía. Estaba llena de documentos médicos y en uno de ellos ponía algo así como: «Su hijo tiene un retraso mental de dos años y es aconsejable que sea tratado como tal». De repente entendí por qué me trataban como me trataban y también creí saber por fin por qué me sentía diferente a los demás. Dejé caer los papeles y me senté en el suelo pensando: «Esto era lo que me ocultaban: soy un deficiente mental».

Poco después llegó la medicación. Ni mi madre ni yo recordamos qué medicamentos me recetaron, pero ella sí recuerda cómo cambié cuando empecé a tomarla. Por un lado dejé de ser nervioso e impulsivo, y en la escuela, aunque no mejoré demasiado en las calificaciones, por lo menos estaba quieto y no molestaba. Pero mi madre no tenía claro que aquel cambio fuera para mejor. Según cuenta, de la noche a la mañana dejé de ser aquel niño de mirada viva y respuestas agudas para volver-

me un niño apático que se pasaba el día sentado en el sofá comiendo todo lo que podía. Según sus propias palabras, parecía un «zombi». Yo tampoco debí sentirme demasiado a gusto con el cambio porque parece ser que al poco tiempo insistí en que quería dejar de tomar los medicamentos. Me quejaba de que «me hacían sentir raro». Ella, contradiciendo las recomendaciones de médicos y profesores, accedió, y a partir de entonces todo fue volviendo a la «normalidad»... Vamos, que volví a ser el «trasto» que siempre había sido. Aun así, mi madre seguía creyendo que yo necesitaba algún tipo de atención que ella no sabía darme, por lo que hasta los veintiún años me estuvo llevando a todo tipo de terapias: terapia conductual, psicoanálisis, musicoterapia, etc. Incluso me sometí a algunos experimentos bastante extraños; recuerdo, por ejemplo, que me hicieron pasar ratos inacabables y aburridísimos en un pequeño cubículo leyendo el *Don Quijote* ante un micrófono, mientras por unos auriculares escuchaba mi propia voz. Lo peor era que iban distorsionando el sonido de mil maneras, creando un efecto psicodélico. Llegué a creer que se habían propuesto volverme loco de verdad.

Aun hoy sigo en el camino de conocerme mejor y sanar mi mente y mis emociones. Puedo decir que una de las cosas que más me han funcionado es expresarme a través del arte, ya sea pintando un lienzo o tocando la batería con alguno de los grupos en los que he participado.

Qué difícil es ser adulto

Con la edad, las cosas no mejoraron demasiado; he ido alternando temporadas tranquilas con otras en las que me he sentido totalmente perdido.

A lo dieciséis años acabé como pude mis estudios de primaria y, sin el título, decidí probar con la Formación Profesional en la especialidad de electricidad. Allí volví a sentirme un bicho raro... A mí me apasionaba la música y a ellos no, todos fumaban excepto yo, y así un sinfín de cosas. A los seis meses decidí dejar de estudiar y empezar a trabajar mientras, a la vez, intentaba sacarme el graduado escolar en una academia. Y finalmente me lo dieron..., pero con la condición de no volver a verme más por allí. También comprendí rápidamente que el mundo laboral no era un cami-

no de rosas; pasé por una empresa de ambulancias, una pizzería..., pero siempre acabaron echándome o me largué por mi propia voluntad.

En esa época mis padres se separaron de manera definitiva. Mi madre se marchó de casa y yo me quedé con mi padre y mi hermano, aunque tras muchas discusiones acabé yendo a vivir con ella. Antes de irme, mi padre me dijo unas palabras que me han acompañado desde entonces: «Cambia, porque como tu madre te eche no te va a aguantar nadie». Ella me acogió con los brazos abiertos y todo fue bien, hasta que yo empecé a experimentar con las drogas y a no cumplir con mis obligaciones laborales. Por este motivo me marché a vivir con la que por aquel entonces era mi novia, quien acabó dejándome un tiempo después. Mientras tanto, en mi cabeza resonaba la advertencia que me había lanzado mi padre meses antes..., y lo peor era que, por mucho que me dolía admitirlo, tal vez tenía razón y mi sino era estropear todo lo que tocaba y apartar de mi lado a la gente que amaba.

En la siguiente etapa estuve conviviendo con mi amigo «Manri», un tipo muy centrado que me aportó cierta estabilidad, aunque no pudo evitar que yo siguiera en mi línea autodestructiva. Fue una época realmente oscura; las drogas acentuaron mis miedos hasta el punto en que me daba miedo hasta salir a la calle. Solo salía de casa para comprar y a trabajar si conseguía un empleo. Incluso llegué a pensar en el suicidio, pero nunca tuve el suficiente valor (o nunca fui lo suficientemente cobarde) para llevarlo a cabo.

Pero entonces la vida decidió concederme un respiro y, como un ángel caído del cielo, apareció Bárbara, la que fue mi pareja durante catorce años. A base de amor y mucha comprensión, me ayudó a salir de la situación en la que estaba y a encontrar cierto equilibrio.

Un descubrimiento sorprendente

El respiro duró poco; con veintitrés años me diagnosticaron cáncer en el estómago y en los testículos. Además, por si esto fuera poco, me comunicaron que el cáncer me había dejado estéril, que ya no podría ser padre. Esto último fue incluso peor que el cáncer en sí, ya que siempre había soñado con tener hijos.

Desanimado, sin mucha confianza en poder salir adelante, me puse en manos de los médicos, que me extirparon el tumor y programaron varias sesiones de quimioterapia. Pero, en pleno tratamiento, mientras buscaba información sobre el cáncer, me topé con un artículo del doctor J.M. Arbizu, oncólogo del Hospital de Navarra, en el que proponía que esta enfermedad puede deberse al estrés emocional y la mala alimentación. Sin pensarlo, me puse en contacto con él y, siguiendo su guía, eliminé los derivados del azúcar y los lácteos, dejé de freír los alimentos y añadí frutas y ensaladas a mi dieta. A la vez, empecé a beber agua marina cada día y a darme baños de agua con sal para limpiar mi cuerpo, y también me sometí a un tratamiento muy sutil con cannabis en forma de tintura y también en ensalada. Lo cierto es que gradualmente fui sintiéndome mucho más animado y con más energía. Estoy seguro de que esto se debió a los beneficios propios de mis nuevos hábitos, pero también al hecho de que había conseguido cambiar una dinámica destructiva y que sentía que podía marcar una diferencia en mi propia vida.

En un año ya no quedaba rastro del cáncer en mi cuerpo.

De nuevo en busca de ayuda

Era tal mi optimismo en aquel momento que me propuse un imposible: no importaba lo que hubieran dicho los médicos; estaba decidido a ser papá. Y, contra todo pronóstico, en abril del 2007 ocurrió el milagro: ¡llegó mi hija Paula! Su nacimiento supuso el cumplimiento de la ilusión más grande de mi vida, pero a la vez despertó en mí un profundo temor... ¿Y si no lograba ser un buen padre? ¿Y si volvía a repetir los errores que cometió mi padre conmigo? Es más, ¿qué nuevos errores cometería yo a causa de mi inestabilidad emocional? Esta misma inestabilidad se manifestó con fuerza en aquel momento; el miedo se convirtió en pánico, y me quedé tirado en la cama durante varios días hasta que finalmente me levanté como pude y solicité una cita con mi médico de cabecera. Él me propuso que empezara a tratar mi adicción al cannabis y me derivó a un centro para toxicómanos dónde no sentí que me ayudaran demasiado. Yo estaba convencido de que lo mío era algo más que una adicción a la marihuana

Fue entonces cuando, hablando con mi madre, recordamos los diagnósticos psiquiátricos de mi infancia y pensamos que tal vez ahí estaba la clave. ¿Se deberían mis problemas al hecho de que tengo un trastorno por déficit de atención con hiperactividad? Para descubrirlo me puse en manos de un equipo médico especializado. Por un lado estuve visitando a Jorge, el psicólogo, que me fue de gran ayuda, y luego estaba el equipo de psiquiatras, que, tras hacerme dibujar mucho y realizarme unas pruebas informáticas, llegaron a la conclusión de que, efectivamente, tenía TDAH. Y, según ellos, efectivamente, debía volver a medicarme.

No era algo que me apeteciese, pero acepté volver a tomar la medicación. Nada más despertarme por la mañana tomaba Rubifén, y a las cuatro horas tomaba Concerta, dos formatos de metilfenidato. Lo cierto es que durante el primer mes me noté con mucha energía y ganas de hacer cosas. Bautizamos a estos medicamentos como las «pastillas de la limpieza» porque hacían que me pasara el día limpiando y ordenando la casa. Pero a partir del tercer mes la situación cambió drásticamente; primero comencé a sentirme apático y desanimado, y un tiempo después se me despertó una gran agresividad acompañada de insomnio, a lo que se le sumaron unos vómitos incontrolables que alguna vez me pusieron en un compromiso. Por todas estas cosas dejé de tomar aquellas pastillas.

Ya que no podía confiar en los medicamentos, me puse a investigar todo lo que pude sobre el TDAH con el fin de entenderlo mejor y buscar otros tratamientos. Estudié la historia de la psiquiatría, leí los principales manuales utilizados para el diagnóstico del TDAH, repasé estudios científicos sobre el supuesto origen neurológico y genético del trastorno..., y puedo adelantar que lo que encontré fueron puntos de vista totalmente opuestos y también muchas incoherencias. Pero lo que realmente llamó mi atención fue que ciertos estudios apuntaban a que la hiperactividad (también la dislexia y el autismo) podría estar relacionada con la acción de ciertas bacterias descontroladas por una mala alimentación..., ¡de nuevo la alimentación! A la vez, otros expertos señalaban la importancia del aspecto emocional en estos casos. Fue emocionante encontrar la historia de varios niños con autismo que no

habían hablado nunca y que, al cambiar sus hábitos alimentarios y tratar su ámbito emocional, ¡comenzaron a hablar en poco más de un mes!

«Menudo descubrimiento», pensé, «esto tengo que explicárselo a todo el mundo».

Cuidado con salirte del tiesto

Estaba deseoso de compartir esa información con padres y tutores de niños hiperactivos y autistas, ya que podía significar un cambio muy significativo en su calidad de vida: esos niños podrían llegar a ser auto-suficientes, mejorarían sus relaciones, su autoestima y su rendimiento escolar; no tendrían que cargar con el peso de la etiqueta psiquiátrica, y además dejarían de tomar la medicación.

Comencé a hablar de todo ello a través de mi cuenta de Facebook y de varios foros de internet, e incluso comencé a llevar una especie de diario donde explicaba mi día a día como diagnosticado de TDAH. Recuerdo que por aquel entonces yo creía que el TDAH era un trastorno real de origen biológico y, aunque había tenido malas experiencias con la medicación, no era tan crítico con ella como lo soy ahora.

Mucha gente empezó a interesarse por lo que decía, por lo que decidí vehiculizar toda esta información a través de mi propia asociación. Así fue como nació ARTDAH Girona, cuyo nombre hace referencia a la importancia del arte como vía de sanación, y que pretendía dar un punto de vista positivo, respetuoso, sano y capacitativo sobre el TDAH, apostando por un cambio de actitud desde el interior de la persona. Solo llegamos a ser unos cuarenta socios, pero hay que tener en cuenta que la asociación duró apenas tres meses. Mi manera de ver las cosas no encajaba con la línea marcada por la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH). No veían con buenos ojos que diese tanta importancia a la alimentación y las emociones y que expresara públicamente mis reservas sobre el uso de medicamentos. Fue entonces cuando sucedió la charla de la que hablé en la introducción, que me sirvió para descubrir lo mucho que les molesta a algunos que se cuestione aquello que promueven y que, en algunos casos, les llena los bolsillos. Las críticas se endurecieron aún más

cuando me negué a federarme, e incluso acabaron vetando la campaña «Muévete por el TDAH», que diseñé con la intención de llamar la atención sobre el trastorno y llevar al senado un protocolo de intervención entre salud-educación-familia.

Por mi parte, siempre he seguido buscando información con la voluntad de sacar algo en claro de este embrollo llamado TDAH. Buena parte de ella está en las siguientes páginas. Para comenzar, creo necesario conocer el contexto en el que se ha desarrollado este trastorno, y de qué manera se diferencia entre locos y cuerdos.

Locos y cuerdos

*«En un futuro no demasiado lejano,
la ciencia actual será vista como un mito fantástico»*

Frances ALLEN

¿Dónde está la línea que separa la salud y el trastorno mental?

Para el colectivo siempre ha sido importante identificar comportamientos anómalos o que pudieran poner en peligro el orden establecido. Por eso, desde muy antiguo hemos estado lidiando con los conceptos de «normalidad» y «anormalidad», de «salud mental» y de «enfermedad mental», y estos han ido variando (como lo hemos hecho nosotros) a lo largo de la historia. A muchos les sorprenderá, pero aún hoy en día solo tenemos aproximaciones más o menos vagas.

En el siglo XVIII, con la constitución de los nuevos estados de Europa, se comenzó a gestar un nuevo orden social. Para ello, se consideró necesario dar respuesta a ciertas preguntas, entre ellas una muy importante: ¿qué es normal y qué no lo es? Si antaño fueron los chamanes y sacerdotes los que monopolizaron el derecho a definir y tratar la salud y la enfermedad mental, en esta nueva era este poder fue confiado a los psiquiatras. Y esta no es una cuestión menor, ya que sus decisiones establecen cuándo hay que ofrecer tratamiento, qué tratamiento hay que ofrecer, quién lo paga, quién recibe pensiones por invalidez, quién puede tener un hijo o pilotar un avión, si un asesino es un criminal o un enfermo mental, etc.

Pero ¿existe realmente un límite que separa la mente sana de la mente enferma? La medicina moderna no ha conseguido definir la salud y la enfermedad de una manera satisfactoria ni en el campo físico ni en el mental. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente

la ausencia de afecciones o enfermedades.» Y la salud mental «se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad». Así escrito suena muy bien y sirve para entendernos, pero en la vida real las cosas son mucho más complicadas. «Salud» y «enfermedad» son dos de esos conceptos que todos creemos entender, pero que en realidad no tenemos tan claros. A efectos prácticos, lo que da validez a una enfermedad es la existencia de una anormalidad; ni siquiera hace falta que haya síntomas ni conocer las causas; lo único que se necesita es una anormalidad objetiva demostrable; la anormalidad es la enfermedad.

Centrándonos específicamente en el aspecto de la salud mental y emocional, es evidente que los seres humanos soportamos mucho estrés, frustración y otros procesos que vivimos con angustia y que, a veces, nos incapacitan para llevar una vida plena. Pero hay que tener en cuenta que muchos de estos procesos, aunque son vividos con incomodidad, probablemente son algo natural. La ansiedad, la angustia o la tristeza, por ejemplo, tienen un fondo adaptativo y funcional (son necesarios para adaptarnos a la naturaleza cambiante de la vida), aunque no solemos entenderlo así porque hemos sido educados socialmente para creer que cualquier malestar es algo indeseable. Por supuesto, no todos nos adaptamos de la misma manera; la pérdida de un ser querido, por ejemplo, es un proceso que requiere un tiempo de adaptación, y no existe una duración «correcta». Bajo este prisma, los niños llamados hiperactivos tendríamos nuestras propias características adaptativas, y si bien estas peculiaridades pueden ser un problema en determinadas situaciones, esto no es suficiente para considerarnos enfermos. De todas maneras, como apuntaré más adelante, la conducta hiperactiva puede deberse a distintas causas, y en algunos casos desaparece cuando estas son abordadas.

Nuestra forma de entender los trastornos mentales está limitada por nuestra propia capacidad de percepción y de entendimiento. No somos seres omnipotentes, así que, al igual que el infrarrojo y el ultravioleta quedan fuera del alcance de nuestros ojos, el comportamiento humano

comprende aspectos que tampoco somos capaces de percibir. Eso sí, parece que tendamos a juzgar como «sano» aquello que es habitual. Pero soy de la opinión que las conductas «normales» no por ser habituales deberían ser consideradas propias de una mente sana. Probablemente, incluso aquellas personas consideradas normales tienen ciertos desequilibrios psicoemocionales, por más que estos no sean muy evidentes (tal vez precisamente por estar enmascarados en lo habitual) y no sean un impedimento para manejarse en el día a día y tener lo que consideramos una «vida normal». Por poner un ejemplo: a mi parecer, disfrutar de la tortura de animales en festejos públicos es algo aberrante, por más que sea algo relativamente habitual o normal.

La actual psiquiatría biomédica considera la mente como producto del orden bioquímico del cuerpo (sobre todo del cerebro y los genes) y los comportamientos «anómalos» como síntomas de las alteraciones de este orden. Es precisamente en este contexto biomédico donde han nacido las categorías psiquiátricas que se diagnostican habitualmente: «depresión», «trastorno bipolar», «trastorno por déficit de atención con hiperactividad», etc.

Rebuscando en el cerebro

Durante la mayor parte del siglo XX se consideró que los problemas psicológicos o psiquiátricos se debían a la relación del individuo con el ambiente en el que vivía. Fue a partir de la década de los sesenta cuando comenzó a establecerse la idea de que estaban causados por desequilibrios bioquímicos y otras anomalías cerebrales.

Aunque uno esperaría que una afirmación de este calibre estuviera fundamentada en pruebas de igual tamaño, lo cierto es que ninguno de los supuestos trastornos mentales que se diagnostican hoy tienen una base neurológica que los respalde. Esto es algo que cualquier psiquiatra o neurólogo serio reconoce. En su libro *Globalización y salud mental*, el psicólogo Antoni Talarn lo expresa así: «En décadas de trabajo no se ha conseguido aislar ni un solo –ni uno, insistimos– marcador biológico específico –presente en todos los casos y solamente en ese tipo de casos– para un trastorno mental cualquiera».¹

La psiquiatría es una «peculiar» especialidad médica que no trabaja propiamente con enfermedades orgánicas. Se dice que trata con síndromes (conjunto de síntomas), pero tanto la noción de síntoma como la de síndrome son engañosas por sus connotaciones médicas, al sugerir, en primer lugar, que hay un problema (ya que no siempre es así) y en segundo lugar una supuesta causa orgánica, que no es el caso. También se usa el término trastorno, pero de nuevo es incorrecto porque presupone una anormalidad cuando esta solo existe en comparación con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Por todo ello, lo más adecuado es llamarlos simplemente problemas psicológicos o psiquiátricos. Si hubiera una causa identificada, como en el Alzheimer o el Parkinson, la condición ya no sería psiquiátrica, sino neurológica. Otra cosa es esa tendencia de la psiquiatría actualmente dominante consistente en querer identificarse como una especialidad orgánica, tomando el cerebro como órgano de referencia.

El psiquiatra Allen Frances, quien participó en la elaboración de la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM III) y dirigió la del DSM IV, en su libro *¿Somos todos enfermos mentales?*² se lamenta de que: «La ausencia de pruebas biológicas es una enorme desventaja de la psiquiatría. Ello significa que actualmente todos nuestros diagnósticos se basan en juicios subjetivos intrínsecamente falibles y sometidos a cambios caprichosos. Es como tener que diagnosticar una neumonía sin disponer de pruebas sobre los virus o bacterias que provocan los diferentes tipos de infecciones pulmonares». Esta carencia de base científica deja la puerta abierta a todo tipo de prejuicios e intereses, y te puedes encontrar que, si vas a siete consultas psiquiátricas y pides una evaluación, es probable que acabes con cuatro o cinco diagnósticos diferentes.

El cerebro es un órgano complejo, empeñado en seguir guardando celosamente sus secretos. Si bien se han establecido algunas relaciones entre lo que podemos captar con nuestros aparatos (impulsos eléctricos y químicos) y ciertos procesos subjetivos, aún es muy poco lo que entendemos. Es como tratar de comprender el funcionamiento de un motor utilizando un termómetro. Efectivamente, el instrumento captará oscilaciones de temperatura, pero no nos dirá demasiado sobre

cómo funciona. Por otro lado, todo apunta a que si queremos entender realmente los fenómenos subjetivos hay que ir más allá del aspecto biológico.

Sanar el alma

La psiquiatría es una ciencia interdisciplinar, que está entremedias de la biología (con una mirada orgánica) y de la vida (con una mirada existencial, del ser humano en el mundo). Lo que ocurre es que la psiquiatría dominante parece no tener hoy más mirada que la orgánica, seducida por la neurociencia y en manos de la industria farmacéutica, perdiendo así su campo intersticial y la perspectiva del individuo como un todo. La perspectiva holística del individuo como un todo en relación con el mundo y las circunstancias de la vida es fundamental en la psiquiatría que se precie.

La psiquiatría debiera ser una disciplina más centrada en las condiciones humanas debidas a las circunstancias y avatares de la vida (temores, conflictos, angustias, traumas, pérdidas) que en las condiciones orgánicas (genes, neurotransmisores, circuitos neuronales). La psiquiatría dominante hoy tiene, por así decir, mucho cerebro, pero poca cabeza, por decir que perdió los referentes humanos que caracterizaban a la psiquiatría clásica y afortunadamente persisten en otras corrientes menos visibles de la psiquiatría actual, como son los enfoques psicodinámicos (especialmente interesados en las vicisitudes de las experiencias evolutivas), los interpersonales y psicosociales (interesados en las relaciones y contextos sociales) y los fenomenológicos (particularmente interesados en la subjetividad humana). Todos estos enfoques psiquiátricos son críticos con el propio enfoque biomédico orgánico. No en vano la psiquiatría es la única especialidad médica que tiene enfoques plurales muy distintos unos de otros; de ahí su peculiaridad. Otra cosa es que domine uno, en mi opinión el peor, explicable por el «complejo» médico de algunos psiquiatras y los intereses de la industria farmacéutica.

La psiquiatría debe ocuparse de los problemas de las personas, no de los problemas del cerebro.

Marino PÉREZ

La Biblia psiquiátrica y las categorías diagnósticas

Durante las dos guerras mundiales la psiquiatría fue requerida para intentar explicar los problemas mentales que sufrían los soldados. Muchos psiquiatras entraron en el ejército y con el tiempo desarrollaron una nueva clasificación diagnóstica, el DSM, revisado por la Administración de Veteranos y más tarde por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). El DSM I (publicado en 1952) y el DSM II (1968) no fueron tenidos en cuenta por la comunidad psiquiátrica, pero el DSM III (donde por cierto aparecieron el TDA y el TDAH por primera vez), en cambio, fue todo un éxito y se estableció como baremo unificado para el diagnóstico y tratamiento de los problemas mentales.

Este baremo se estableció clasificando comportamientos (lo que ellos consideraban «síntomas») en una serie de «trastornos» o «categorías diagnósticas» (esquizofrenia, depresión, TDAH, etc.) y, aunque no contaban con estudios científicos para corroborarlo, dieron por hecho que los «síntomas» se debían a un fallo cerebral o genético. Debido a la falta de estos estudios, el DSM tiene que conformarse con ser un documento de consenso. ¿Qué quiere decir esto? Pues que la inclusión de los trastornos en el DSM, así como los criterios para diagnosticarlos, se deciden por votación. Sí, lo he dicho bien: millones de personas podemos ser declaradas como enfermos mentales y recibir tratamientos que no necesitamos (y que pueden ser peligrosos) dependiendo de que un señor levante o no la mano. Allen Frances habla de la peculiar manera en que se decidía la inclusión de las diversas categorías diagnósticas durante la elaboración del DSM III en la que él participó: «Si continuaba habiendo controversia, tenía ventaja el más ruidoso, el más seguro de sí mismo, el más testarudo, el más veterano, o el último que hablaba con Bob (Spitzer). Es una forma terrible de desarrollar un sistema diagnós-

tico, sometido a toda clase de sesgos, pero era la mejor forma disponible en aquel momento». ² Efectivamente, se trata de un proceso sin ninguna validez científica; la ciencia no se elabora por consenso.

Estas etiquetas psiquiátricas no son entidades médicas reales, como un cáncer o una úlcera, que son anormalidades objetivamente apreciables; más bien son formas recortadas de un fondo, patrones determinados por lo que queremos y somos capaces de observar. De hecho, estos expertos reconocen la parcialidad de su trabajo, pero alegan que era necesario hacer algo para poder establecer protocolos de atención estandarizados.

Los criterios diagnósticos del DSM se basan en un concepto llamado «subumbral», que determina el mínimo de «síntomas» necesarios para diagnosticar algún «trastorno». Pongamos un ejemplo: se ha establecido que para ser diagnosticado de un episodio depresivo grave se deben presentar un mínimo de cinco síntomas determinados durante más de dos semanas. Como se puede ver, esto es totalmente arbitrario y no tiene nada de científico, ya que se podría haber establecido perfectamente que es necesario presentar seis o más síntomas en un mínimo de cuatro semanas. Más adelante veremos cómo se aplica este sinsentido al TDAH. Además, si tomamos los «síntomas» que definen la depresión en el DSM nos daremos cuenta que hay muchísimas combinaciones diferentes, de manera que puede haber dos individuos diagnosticados de depresión que no tengan ningún «síntoma» en común.

Sea como sea, el DSM III se volvió un *best seller* y en la actualidad es uno de los libros más vendidos en Amazon. Existen otras guías clínicas de referencia, pero no son tan conocidas y usadas como el DSM. El segundo manual más empleado en psiquiatría y psicología es el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), que elabora la Organización Mundial de la Salud (OMS). En España, el Ministerio de Salud español elaboró en 2010 la *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes (GPC)*, que recoge las recomendaciones supuestamente más apropiadas para abordar el diagnóstico y tratamiento del TDAH.

El negocio de la enfermedad mental

Los conceptos de salud y enfermedad mental dependen de lo que somos capaces de apreciar y entender, pero también de lo que a algunos les interesa ver. Y lo que las farmacéuticas quieren ver (y que veamos) es un trastorno mental en cada una de las conductas humanas... Ellas ya se encargan de vendernos la solución. «La forma de vender drogas es vender enfermedades psiquiátricas», dice Carl Elliott, bioético de la Universidad de Minnesota. Además, el actual enfoque biomédico de los trastornos mentales encaja perfectamente con los intereses farmacéuticos: un desajuste químico se soluciona con un producto químico.

Es sabido que las empresas farmacéuticas se deben a sus accionistas y a su necesidad de sobrevivir y crecer, lo cual no se les da nada mal: tienen una enorme habilidad para expandir su mercado, promocionar sus productos y mantener el monopolio de los precios. Quedémonos con este dato: desde principios de los noventa, los fármacos psiquiátricos (estimulantes, antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos, somníferos, analgésicos, etc.) son el producto más rentable para estas empresas.³

El concepto de enfermedad es muy maleable, y da pie a que las farmacéuticas jueguen con él para crear nuevos mercados. Este fenómeno se conoce como creación y promoción de enfermedades (en inglés, *disease mongering*). En su libro *Mala Farma*,⁴ el escritor Ben Goldacre describe la red que tejen las farmacéuticas para promocionar las enfermedades para las que elaboran sus medicamentos: crean paneles de «expertos académicos» (llamados Líderes Clave de Opinión –LCOs–); desarrollan circuitos de conferencias, seminarios y cursos en centros sanitarios y escuelas públicas;⁵ organizan y financian congresos y estudios en revistas científicas; ocultan resultados negativos; realizan un uso selectivo de las estadísticas para exagerar los beneficios de los tratamientos; controlan las agencias reguladoras; financian asociaciones de afectados y familiares; crean portales y blogs en la red; publican artículos divulgativos en prensa local y publicidad en revistas profesionales;⁶ llevan a cabo *lobbying* de políticos, etc.

¿Cómo crear una enfermedad?

Para crear enfermedades se usan varias técnicas: amplían criterios diagnósticos para que más gente entre en el rango medicable (bajan cifras de azúcar o colesterol, presión arterial, etc.), convierten en enfermedad cuestiones naturales como la menopausia o el insomnio, convierten simples factores de riesgo (como el colesterol malo) en enfermedad, etc. El objetivo es crear nuevos mercados para los productos farmacéuticos. Muchas veces se da un fenómeno paradójico: se crea el medicamento antes de que exista la propia enfermedad. La farmacéutica Merck, por ejemplo, creó su medicamento Fosamax (alendronato) y luego consiguió que la osteoporosis y la osteopenia fuesen consideradas enfermedades (cuando en realidad son diferentes grados de pérdida de masa ósea).⁷ El TDAH, como veremos más adelante, ha seguido un patrón similar.

La psiquiatría es especialmente vulnerable a la manipulación de las líneas que separan la normalidad de la enfermedad. El informe *Atentos al déficit de atención (TDAH): Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva*,⁸ publicado por el *Boletín de Información Terapéutica* de Navarra, critica la «curiosa» evolución del DSM, gracias al cual se ha pasado de un supuesto enfermo mental por cada cuatrocientas ochenta personas en 1952 a uno por cada cincuenta hoy. El catedrático Christopher Lane, en su libro *La timidez o de cómo el comportamiento normal llega a ser una enfermedad*,⁹ denunció la manera en que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) se las apañó en 1980 para añadir la «fobia o ansiedad social» (lo que podríamos llamar timidez) a la lista de nuevas enfermedades mentales del DSM III. Luego, en los noventa, la farmacéutica GlaxoSmithKline logró que su antidepresivo Paxil se aprobara para combatir este supuesto trastorno y contrató a una empresa de relaciones públicas para que lanzara una gran campaña publicitaria. Esta tuvo tanto éxito que de cincuenta artículos sobre ansiedad social escritos en los años 1997-1998 se pasó a más de mil millones en 1990, lo que dio la impresión que existía una verdadera «epidemia de timi-

dez». La mayoría de los artículos hacían referencia al Paxil como primera y única droga aprobada para su tratamiento. De la noche a la mañana, pasó de ser un diagnóstico raro a ser muy habitual.¹⁰

Para que los ciudadanos caigamos más fácilmente en estas trampas, se usa el «marketing del miedo», que pretende asustarnos para hacernos creer que tenemos una enfermedad que debe ser tratada.

El reciente DSM V ha traído algunas novedades: ahora no recordar nombres o caras se llama «trastorno neurocognitivo menor»; el luto por un ser querido es un «trastorno depresivo mayor» o la glotonería es el «síndrome del comedor compulsivo» (para el que la farmacéutica Shire ya tiene preparado el fármaco Vyvanse). Como se ve, todo es echarle imaginación. El pediatra y neurólogo Fred A. Baughman Jr., en su imprescindible libro *El fraude del TDAH: Cómo la psiquiatría transforma en pacientes a niños normales*, se lamenta: «Como no se requieren pruebas para los supuestos trastornos psiquiátricos, ellos pueden seguir adelante y buscar nuevas oportunidades de hacer dinero. Lo único que se necesita es justificar un nuevo conjunto de síntomas, que siempre son subjetivos, y un comité puede realizar una votación para determinar su existencia».¹⁰

En futuras revisiones podrían ir más allá e incluir el «trastorno del déficit de amabilidad», el «trastorno del déficit de sinceridad» o el «trastorno del déficit de ambición». Incluso podrían autodiagnosticarse y añadir el «trastorno inventor de trastornos mentales».

En definitiva, la delicada línea que separa la enfermedad mental de la cordura no solo ha sido establecida de manera subjetiva y parcial, sino también interesada.

Corrientes psiquiátricas alternativas

Dentro de la psiquiatría hay corrientes muy críticas con el modelo biomédico dominante y la creciente «psiquiatrización» de la vida. La Red de Psiquiatría Crítica británica, por ejemplo, lidera una campaña para la abolición de los sistemas diagnósticos como el DSM o el CIE. También

existen muchos clínicos con perspectiva psicológica que sienten que el DSM «encajona» su actividad psiquiátrica, ya que agrupa a los pacientes según sus similitudes superficiales, dejando de lado sus características individuales. A este respecto, la gran alternativa en la que se trabaja hoy en día es lo que se llama «dimensiones transdiagnósticas», que son procesos (la evitación o la rumia, por ejemplo) que recorren las diferentes categorías diagnósticas actuales como la depresión, la ansiedad, la fobia social, etc. Estos psiquiatras críticos también denuncian una creciente mecanización o deshumanización de la práctica psiquiátrica, en la que cada vez se establece menos relación con el paciente. Creen que es más adecuado basarse en la empatía y en la intuición creativa para tratar de entender las complejidades (relaciones, motivaciones, aspiraciones, deseos, ambiente social, etc.) de la persona que tienen delante.

En mi opinión, la mayoría de personas pueden lidiar con los problemas de la vida sin tener que recurrir a la psiquiatría, que a menudo complica y empeora la situación. Hay casos muy extremos que requieren una atención especial, pero la mayoría de las veces se suele ir al psiquiatra por comodidad, porque es más sencillo que alguien nos diga qué nos pasa y cómo debemos tratarlo. Según veo las cosas, en último término, la salud mental no es algo que deba pertenecer a un selecto grupo de expertos, sino que es algo íntimo, que cada uno de nosotros debería trabajar. Aun así, si consideramos que lo mejor es ver a un psiquiatra, creo que es importante buscar a alguien que nos de confianza. Sé de buena tinta que contamos con buenos profesionales, de mente abierta y una vocación real por ayudar, que no se dedican solo a recetar medicamentos. Un buen consejero filosófico, que nos ayude a conocernos mejor a nosotros mismos, suele ser más eficiente que cualquier fármaco.

TDAH, ¿un trastorno inventado?

*«No existe tiranía tan grande
como la que supuestamente se practica
a favor de la víctima»*

C. S. LEWIS

«No hay acuerdo en nada»

Tanto en este capítulo cómo en el siguiente voy a meterme de lleno en el TDAH, revisando su perspectiva histórica, sus supuestas causas, la curiosa manera en que se diagnostica, la eficacia y seguridad de los medicamentos utilizados en su tratamiento, sus conflictos de intereses, etc.

Lo primero que se encuentra uno cuando busca información sobre este supuesto trastorno es que no hay un consenso ni en su definición, ni en sus causas, ni en su tratamiento. Existe, eso sí, lo que podríamos llamar una «versión oficial» promovida a través de las consultas médicas, las guías clínicas, las asociaciones de pacientes, los medios de comunicación, etc.

La versión «oficial»

El TDAH sería un trastorno que afecta la conducta, con base neurológica (probablemente de origen genético) cuyos síntomas principales son la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad. Esto empeora en las situaciones que requieren un esfuerzo mental constante, o que carecen de atractivo o novedad. Los niños con este diagnóstico también suelen ser inestables a nivel emocional y tener una alta intolerancia a cualquier cambio o a la frustración. En cierta medida, también se acepta la influencia de algunos facto-

res ambientales, como la exposición prenatal al tabaco o el alcohol, traumas infantiles o ciertos tóxicos ambientales.

El TDAH se daría en tres formas (llamadas «presentaciones clínicas» en el DSM V): TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo (impaciencia, impulsividad, apariencia incansable, movimiento constante); TDAH con predominio de déficit de atención (niños soñadores que se distraen fácilmente, no escuchan y además también tienen problemas de aprendizaje); TDAH combinado; el más común (conductas hiperactivas e impulsivas y problemas de atención y aprendizaje).¹

También suelen mostrar problemas asociados como el desarrollo tardío del lenguaje, dificultades significativas de aprendizaje, tics motores, una historia de complicaciones durante el embarazo o el parto, problemas de coordinación o historia familiar de problemas similares.²

Afectaría a un 5-10% de la población infantil mundial, siendo unas tres veces más común entre hombres. Generalmente estas conductas desaparecen con la edad, pero existen estudios que indican que entre el 60% y el 75% continuarán teniendo TDAH durante toda su vida. Se le asocian una serie de comorbilidades (supuestos trastornos asociados), como el trastorno bipolar o los trastornos del espectro autista (autismo, Asperger, dislexia, etc.). Por último, los expertos afirman que los métodos más eficaces para tratarlo serían el tratamiento cognitivo conductual, que busca modificar la conducta del niño a través del aprendizaje de nuevas pautas, y la medicación.

Luego, cuando uno se pone a investigar, vienen las sorpresas. Por ejemplo, la guía de práctica clínica española indica que: «No hay acuerdo en nuestro medio acerca de qué instrumentos hay que utilizar para la evaluación de niños con posible TDAH; también existe controversia sobre los criterios que se deben emplear para su diagnóstico. Estas dificultades en la detección, el proceso diagnóstico y la metodología origi-

nan amplias variaciones (geográficas y demográficas), lo que conduce a un infradiagnóstico o sobrediagnóstico del TDAH. No existen marcadores biológicos que nos permitan diagnosticar el TDAH, por lo que el diagnóstico es clínico. Los instrumentos que se utilizan habitualmente para la evaluación de los niños en quienes se sospecha el trastorno no siempre han sido validados en la población española. En lo que respecta a las opciones terapéuticas con fármacos, existe controversia acerca de si usar estimulantes o no estimulantes como primera elección, si la eficacia persiste en los tratamientos de más de doce semanas de duración, si es recomendable suspender la medicación durante los períodos vacacionales o fines de semana, así como la duración del tratamiento farmacológico. En cuanto al tratamiento psicosocial, los datos son contradictorios respecto a la eficacia, la duración y la generalización de los resultados. Tampoco hay consenso sobre cómo medir la respuesta terapéutica, los efectos secundarios del tratamiento y la frecuencia de visitas de seguimiento.»³ Vamos, que no hay acuerdo en nada. Esta es también la conclusión del informe *Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad* publicado por el psiquiatra Alberto Lasa-Zulueta y la psicóloga Cristina Jorquera-Cuevas, que además nos advierte de que «las diferentes opiniones e intereses (sociales, económicos, profesionales) de los que está siendo objeto no contribuyen a la objetividad necesaria para esclarecer las causas reales, factores determinantes y formas correctas y efectivas de abordarlo (...)».⁴ Es decir, que es necesario ser muy cuidadoso a la hora de consultar las fuentes, ya que al desconocimiento se le une la intoxicación de la información por parte de ciertas partes interesadas.

La información no interesada suele ser crítica con el TDAH. Sintetizando, podríamos diferenciar dos posturas entre los críticos: la de aquellos que denuncian que se diagnostica a más niños de los que se debería, y la de los que dicen que el TDAH no existe como una entidad clínica real. En el primer grupo tenemos, por ejemplo, al ya nombrado psiquiatra Allen Frances, crítico pero partícipe en los desvaríos del DSM, y en el segundo tenemos, entre otros, al también citado Fred A. Baughman Jr., a los psiquiatras Peter R. Breggin, Sami Timimi y Joanna Moncrieff, al neurólogo Richard Saul, a la Dra. Mary Ann Block o al psicólogo Jo-

soph Knobel Freud. En esta misma línea está otro libro imprescindible para entender el TDAH: *Volviendo a la normalidad: La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*,⁵ de los psicólogos Marino Pérez y Fernando García, y del biólogo Héctor González. Esta obra ofrece una exhaustiva revisión de la literatura científica sobre el TDAH (causas, tratamientos, etc.) y constata, además, que en gran parte está financiada por la industria farmacéutica. También he encontrado información muy valiosa en el libro *El niño hiperactivo, déficit de atención y fracaso escolar*¹ del psiquiatra Juan Pundik, en el artículo *Trastorno del Déficit de Atención: Un repaso*, escrito por Mariano Almudévar,⁶ en el blog www.migueljara.com y en el ya citado informe *Atentos al déficit de atención (TDAH): Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva*.⁷ Todos ellos coinciden en denunciar, además, la peligrosidad de la medicación.

En el otro extremo tenemos a los defensores de la versión biomédica y el tratamiento farmacológico entre los que se encuentran Russell Barkley, Joseph Biederman, Peter Jensen, C. Keith Conners o Rojas Marcos (principal promotor en España). Su vinculación con la industria farmacéutica me resulta sospechosa, por lo que soy muy escéptico y prudente con sus conclusiones.

Breve historia del TDAH

El TDAH no es fruto de un descubrimiento científico, sino de la votación del grupo de expertos que realizaron el DSM-III-R en 1987. Hasta entonces solo existían una serie de comportamientos que fueron etiquetados y reetiquetados varias veces. Cinco veces desde 1902, según el manual para formación a médicos en TDAH, *ADHD across the lifespan*.⁸

Que sepamos, el primero que especuló sobre la existencia y las posibles causas de un supuesto trastorno de la atención fue Alexander Crichton en 1798 en su publicación *On Attention and its Diseases*. Un siglo más tarde, en 1902, George Frederick Still inventó la etiqueta «Defecto Mórbido de Control Moral» para catalogar a niños que, sin tener necesariamente ningún daño neurológico, «se comportan mal» y tienen una incapacidad para la atención sostenida. Se suele decir que esta es la primera definición del TDAH, pero lo que definió Still difiere en algunos

puntos del actual diagnóstico. Por ejemplo, hablaba de niños cuyo mal comportamiento contrastaba con el relativo equilibrio de sus familias, cuando hoy se diagnostican con TDAH muchos niños que provienen de hogares desestructurados.

La construcción del TDAH ha estado vinculada a la comercialización de las drogas que se utilizan para tratarlo. Se ha dado un proceso similar al que ocurrió con GlaxoSmithKline y la timidez; lo que en su libro, Baughman define como «una droga en busca de una enfermedad». En 1937, el psiquiatra Charles Bradley descubrió por casualidad que la anfetamina (un potente estimulante) inhibe ciertos comportamientos problemáticos en los niños. Se dio cuenta de que, paradójicamente, una sustancia estimulante les producía un efecto adormecedor que favorecía su atención a tareas aburridas y una conducta sumisa y más obediente. Si somos bien pensados podemos llegar a creer que gracias a ese descubrimiento se encontró la solución al problema de conducta de estos niños, pero lo que ocurrió en realidad es que descubrir una «solución» hizo que se apresuraran a instaurar el «problema». En un principio, la farmacéutica Shire comercializó la anfetamina bajo el nombre de Adderall, y la publicitó para dietas, pero se vio obligada a retirarla en los ochenta porque muchas mujeres se habían vuelto adictas a él. Luego, en los noventa, promovió su uso en los niños diagnosticados de TDAH; curiosamente «era demasiado peligrosa para adultos que estaban a dieta, pero estaba perfectamente bien para niños inquietos», ironiza Baughman.⁹ La droga por fin había encontrado su enfermedad, ya que el Adderall se convirtió en el producto estrella de la compañía, que ingresó cuatrocientos millones por él (más del 40% de sus ingresos) en 2002. Unos años después de la sintetización de la anfetamina, en 1944, la empresa farmacéutica Ciba (después Novartis) sintetizó otra «droga en busca de una enfermedad»: el metilfenidato. El psiquiatra Leon Eisenberg aplicó esta sustancia a niños «muy movidos» y obtuvo resultados que consideró positivos (los niños se volvieron más dóciles y apagados). El hecho de responder a esta sustancia llevó a la aceptación de que estos niños debían tener algún tipo de disfunción cerebral, por lo que se les puso la etiqueta de afectados por «disfunción cerebral mínima», etiqueta que luego se convirtió en el TDA.

En 1957, Lauferr y Denhoff hablaron por primera vez del síndrome hiperkinético, que luego pasó a llamarse hiperactividad (o hiperkinesia) y, aunque nunca se verificó que fuera debido a algún problema neurológico, fue incluido por primera vez en el DSM II en 1968 con el nombre de «reacción hiperkinética de la infancia».

En la tercera versión del DSM, publicada en 1980, la hiperactividad pasó finalmente a un segundo plano, formando parte del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), que era el subtipo de un nuevo trastorno: el trastorno por déficit de atención (TDA). Posteriormente, en el DSM III-R de 1987, el TDAH dejó de ser un subtipo y se estableció como trastorno diferenciado, al considerarse que la hiperactividad es un rasgo que se presenta habitualmente junto con la impulsividad y la falta de atención.

Es de justicia nombrar en este apartado al psicólogo Russell A. Barkley (autor en 1977 de una aclamada tesis sobre la medicación en niños con hiperactividad), quien es citado como referencia y considerado por algunos como el «padre intelectual del actual TDAH». Su obra de 1997 *Niños hiperactivos* acabó de establecer las bases del trastorno, al que define como «un problema del autocontrol o lo que algunos llaman funciones ejecutivas, esenciales para planificar, organizar y llevar a cabo conductas humanas complejas durante largos periodos de tiempo».¹⁰ Barkley también indicó que la «falta de docilidad» es un aspecto clave en este diagnóstico.

En busca de la causa biológica

Los expertos están enfrascados en la búsqueda de algún biomarcador específico para el TDAH (cualquier campo medible en parámetros bioquímicos, fisiológicos o anatómicos provocados por una enfermedad), ya que esto le daría una entidad clínica y por lo tanto credibilidad. Pero lo cierto es que hoy por hoy no se conoce ninguna causa biológica específica para el TDAH.^{11, 12} Recordemos lo que dice la guía clínica española al respecto: «No existen marcadores biológicos que nos permitan diagnosticar el TDAH, por lo que el diagnóstico es clínico». Y aun así, sin ningún escrúpulo, se les sigue diciendo a los padres que sus hijos

tienen el cerebro dañado o unas características genéticas anómalas. De hecho, esta misma guía, después de reconocer que no existen marcadores biológicos, misteriosamente, más adelante anuncia que «el TDAH es un trastorno de origen neurobiológico».³

Vamos por partes. Por lo que respecta al cerebro, los expertos proponen que tenemos alteradas las áreas que regulan dos importantes neurotransmisores: la dopamina y la noradrenalina, pero también se suele citar una alteración en el equilibrio de la serotonina, la acetilcolina y el ácido γ -aminobutírico (GABA).

Neurotransmisores, el lenguaje químico de las neuronas

Los neurotransmisores son biomoléculas que transmiten información de una neurona (un tipo de célula del sistema nervioso) a otra neurona consecutiva, que están unidas por unos «puentes» llamados sinapsis. Podríamos decir que los neurotransmisores son el «lenguaje químico» de las neuronas. El cerebro los fabrica a través de los nutrientes (aminoácidos, vitaminas y minerales). Una falta de nutrientes, por lo tanto, puede generar serios problemas con los neurotransmisores.

Cumplen funciones muy diversas, pero podríamos dividirlos en dos tipos: los hay encargados de que tengamos un tono vital adecuado para responder a las actividades diurnas, y los hay que nos relajan y nos disponen para las horas de sueño.

El neurotransmisor **dopamina** se asocia con la capacidad de inhibir o modular la actividad neuronal que interviene en las emociones y el movimiento. Una deficiencia de esta sustancia se relaciona con la falta de inhibición y autocontrol.

A la **noradrenalina** (o norepinefrina) se la conoce como «hormona del estrés». Está relacionada con la atención y las acciones de respuesta. Junto con la adrenalina, interviene en la respuesta a situaciones de «huir o luchar», provocando la liberación de glucosa y aumentando la frecuencia cardíaca y el flujo sanguíneo.

La **serotonina** es un importante neurotransmisor al que popularmente se conoce como «la hormona de la felicidad». Cuando está presente en nuestro organismo de una manera equilibrada, nos sentimos bien, con ganas de hacer cosas. Si tenemos un exceso de serotonina tendemos a sentirnos nerviosos, agresivos y nuestras relaciones se resienten.

La **acetilcolina** es la base del sistema motor y parasimpático, encargado de nuestra relajación. Se la relaciona con la memoria, la concentración, el movimiento y el ciclo sueño-vigilia.

Por último, el **ácido γ -aminobutírico**, o **GABA**, es el neurotransmisor principal en el sistema nervioso central. Es directamente responsable de la regulación del tono muscular. Es un inhibidor, por lo que podríamos decir que tiene un efecto calmante.

Ante la visión determinista de que somos esclavos de nuestra química y que la mejor manera de tratarla es a través de fármacos, apuesto por creer que la mayoría de las veces es al revés: son nuestros hábitos y nuestra actitud los que moldean nuestra biología.

Ciertos sectores interesados quieren convencer a los pediatras y psiquiatras de que el TDAH es una enfermedad debida a un déficit crónico de dopamina. Plantean que es algo parecido a la diabetes, es decir, que el «afectado» debe tomar las pastillas para siempre. Esta inquietante idea se debe, en parte, al hecho de que los supuestamente afectados de TDAH «respondemos» a los fármacos estimulantes, que estimulan la creación de los neurotransmisores. En su libro *El niño difícil*, el psiquiatra infantil Stanley Turecki nos aclara: «Todo lo que tenemos es una teoría; si un medicamento funciona y sabemos que este aumenta el nivel de ciertas sustancias químicas en el cerebro (transmisores de los impulsos nerviosos), esto podría significar que el fármaco está corrigiendo un déficit o un desequilibrio. Los estimulantes, los fármacos más usados en el TDAH, aumentan los niveles de uno de dichos transmisores, la dopamina, y por ello algunos han especulado que un déficit de dopamina provoca el TDAH. Pero algunos fármacos que mejoran los síntomas

del TDAH no influyen en los niveles de dopamina». ² Y, además, estos fármacos tienen los mismos efectos en todos los niños, no solo en los niños movidos y desatentos.

Tengamos en cuenta, además, que el cerebro tiene una característica llamada «neuroplasticidad» que le permite variar su estructura; y al igual que esta capacidad adaptativa puede darse en positivo (cuando aprendemos cosas, por ejemplo), también se da en negativo, como cuando sufrimos una situación de estrés permanente... ¡o por la propia medicación! Efectivamente, se ha demostrado la existencia de desequilibrios químicos en niños diagnosticados de TDAH debidos a medicamentos, no por su existencia inicial en el cerebro. ¹³ De manera similar, Russell Barkley y otros expertos afirman que los diagnosticados de TDAH tenemos un menor tamaño cerebral, pero lo que no dicen es que los niños de los estudios en los que se basan estuvieron sometidos a una larga terapia a base de Ritalín (anfetaminas). Un estudio de 1986 del psiquiatra y neurólogo Henry A. Nasrallah concluye que el tratamiento con Ritalín y anfetaminas causa atrofia cerebral. ¹⁴ Se droga a los niños, se les altera el cerebro y luego esto se utiliza como prueba de que existe el TDAH. Brillante.

Por otra parte está la hipótesis genética. Para entender fácilmente esta cuestión, antes hay que saber que la información genética de un individuo se llama «genotipo», y su expresión a través de cualquier característica o rasgo observable (morfología, desarrollo, propiedades bioquímicas, fisiología o comportamiento) es lo que se denomina «fenotipo». Para Baughman, quien está familiarizado con los protocolos para describir enfermedades reales, el TDAH no puede ser definido como tal porque no tiene una anormalidad específica asociada: «Si no existe un rasgo o anormalidad físico, es decir, un fenotipo anormal, no existe una manifestación física de un fenotipo en particular. Ese es el problema persistente en cuanto al TDAH y toda la psiquiatría biológica donde constantemente afirman la presencia de genes o genotipos anormales, como la causa de trastornos psiquiátricos, pero todavía no han confirmado la presencia de una sola anormalidad, enfermedad o fenotipo anormal físicos». ⁹

La investigación genética busca alteraciones en los genes relacionados con los neurotransmisores vinculados a los comportamientos recogidos en el TDAH (sobre todo dopamina, noradrenalina y serotonina), pero aún no han encontrado ningún gen específico que pueda explicar estos comportamientos. Lo que ocurre, sencillamente, es que no hay un gen de la atención, un gen de la impulsividad o un gen del exceso de movimiento. En cada caso esas conductas pueden tener causas muy diferentes.

Uno de los principales motivos por los que se ha especulado con que los comportamientos recogidos en el TDAH tengan un origen genético es porque se suelen presentar en diversos miembros de una misma familia. Pero eso puede tener otras explicaciones; hay que tener en cuenta que las familias no solo comparten su genética, sino que también suelen compartir el entorno social y físico, la alimentación, patrones de pensamiento, etc. No es que los padres estén «pasándoles el TDAH» a sus hijos, sino que a distintos niveles les están transmitiendo una serie de características entre las que están sus peculiaridades adaptativas, sus experiencias, sus miedos, etc. Incluso si hay un componente genético, siempre está modulado por las condiciones ambientales (incluyendo las dadas en la gestación, prenatales, natales y a lo largo de la vida).

El gen del viajero

Uno de los genes que se usan para darle entidad al TDAH es el DRD4-7R, un receptor de dopamina presente en el 20% de la población, al que se considera «el gen del viajero», ya que potencia el nivel de curiosidad de las personas y la sensibilidad a los estímulos externos. A priori, estas características pueden ser consideradas muy adaptativas y elogiosas, pero no encajan en los parámetros sociales actuales y en especial en el entorno escolar, donde se requieren niños más manejables.

Este gen, además, me permite ejemplificar cómo los medios de comunicación manipulan la información para crear una versión interesada de los hechos. Hace un tiempo, *The Lancet* publicó un estudio afirmando que el 14% de los niños definidos como TDAH tienen esta variante genética, frente a un grupo control sin TDAH donde solo el 7% de los niños tienen esta variante. Nótese que lo que hicieron fue magnificar que los niños diagnosticados tienen el doble de posibilidades de tener esa variación (14% frente a 7%), obviando que la verdadera noticia es que el 86% de los niños definidos como TDAH no la tienen.

Los estudios que se utilizan para promover la idea del fallo biológico suelen estar financiados por la industria farmacéutica y muestran defectos metodológicos de todo tipo: utilizan muestras de población pequeñas, no se establecen adecuadamente las comparaciones con un grupo control, no citan que los datos que indican una supuesta condición neurobiológica puede deberse a la medicación que se esté tomando para el supuesto trastorno que se investiga, etc.⁵ Hay que tener en cuenta que es relativamente sencillo manipular los datos con el fin de producir cierto tipo de resultado estadístico. Un caso paradigmático en este sentido es el del estudio dirigido por Alan Zametkin en 1990,¹⁵ que encontró cierta alteración en el cerebro de adultos diagnosticados de TDAH en la infancia. Sin embargo, cuando se comparan los sexos de forma separada, no se detecta una diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos del grupo de control y los adultos que habían tenido TDAH. Con el objetivo de obtener una diferencia significativa, el equipo de Zametkin hizo trampas: juntó los datos de modo que incluyeran un número desproporcionado de mujeres en el grupo de control.

Juegos de palabras

«El mal uso y corrupción de poderosos términos médicos como “enfermedad”, “síndrome” y “patología” –dice Baughman– son el

fundamento para difundir el concepto del TDAH». ⁹ Se utilizan las palabras «síndrome» o «trastorno» porque saben que despiertan menos alarmas que utilizar directamente la palabra enfermedad. Pero tanto síndrome como trastorno presuponen una anormalidad, y por lo tanto son sinónimos de enfermedad. Baughman añade: «Cuando un médico que ha estudiado los principios del diagnóstico médico que se presentaron aquí presenta el TDAH como una enfermedad, sin importar qué término equivalente se use, no está dentro de los parámetros de la práctica ética de la medicina; es la práctica del engaño. Es un fraude al cien por ciento». ⁹ Al desproveer a la palabra «enfermedad» de su significado científico, se puede utilizar para designar casi cualquier cosa que uno desee.

El concepto de «síntoma» aplicado a una conducta determinada también es engañoso, ya que da por hecho que esa conducta es patológica, cuando no siempre es así. Y también se utiliza interesadamente para indicar que hay un problema biológico.

La propia definición del TDAH en el DSM V es también un juego de palabras; nos dice que es un «patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo». Pero «¿en qué punto se vuelve persistente un patrón de desatención y una impulsividad e hiperactividad? –se pregunta Baughman– ¿Los patrones siempre tienen que ser iguales? ¿En ocasiones es suficiente que sean similares? ¿Con qué frecuencia tienen que verse para que se consideren frecuentes: cada día, dos veces cada hora, tres veces al mes? ¿Y hasta qué grado deben ser peores para que se considere que son más severos que en casos típicos? En cualquier forma, ¿qué es típico, exactamente? ¿Típico para un salón de clases, un distrito escolar, la región, el país o el mundo?». ⁹

Incluso los términos «déficit de atención» o «hiperactividad» son juicios subjetivos; ¿cuánta inquietud se necesita para que sea un problema? ¿Cuánta falta de atención? Y ¿cómo de impulsivos

se nos permite ser antes de que se nos considere enfermos mentales?

Son criterios tan vagos que es muy fácil abusar de ellos... y que con ellos abusen de nosotros.

Diagnóstico «a ojo»

El proceso de diagnóstico suele comenzar en la escuela, donde los profesores detectan que el niño no se comporta como debe. Entonces alertan a los padres y estos lo llevan al psicólogo, que decidirá si el niño tiene TDAH o no. Pero, si no existe una lesión cerebral o un gen específico para el TDAH, ¿cómo podemos saber que un niño tiene este trastorno? Es una buena pregunta, y la respuesta es aún mejor: ¡por su comportamiento! Como decía el psicólogo Marino Pérez en una entrevista para el periódico *ABC*: «Si un padre preguntara al clínico por qué su hijo es tan desatento e inquieto, probablemente le respondería porque tiene TDAH, y si le preguntara ahora cómo sabe que tiene TDAH, le diría porque es desatento e inquieto».¹⁶ La enfermedad es el «mal comportamiento».

Una vez en el psicólogo, al niño se le realizan una serie de entrevistas, escalas de puntuación, pruebas y tests. Ya expliqué que a mí me hicieron dibujar mucho y participar en una serie de pruebas informáticas parecidas a videojuegos..., pero muy aburridos. En una de ellas (el conocido «Test Tova»), debía prestar atención a una pantalla en la que iba apareciendo el número uno, y cuando salía el número dos debía apretar un botón lo antes posible. ¡Reto a cualquiera a que mantenga su atención haciendo esto durante media hora! También suelen mostrarse a los padres las típicas imágenes coloreadas proporcionadas por la electroencefalografía, la neuroimagen y la hemoencefalografía, pero no son métodos diagnósticos fiables, ya que ofrecen una importante inconsistencia y falta de especificidad en sus resultados.^{17,18} También se analizan los movimientos sacádicos (movimientos rápidos de los ojos), pero de nuevo pasa lo mismo: diagnosticados y no diagnosticados tienen resultados parecidos.¹⁹

Aún no hay un test independiente validado para el TDHA pero se usan los criterios de las distintas guías clínicas, sobre todo el DSM (APA) y la CIE-10 (OMS). Curiosamente, este último tiene criterios más restrictivos que el DSM, por lo que el diagnóstico es cuatro veces mayor si se emplea el DSM que el CIE-10.²⁰ No sé por qué, pero tengo la ligera sospecha de que las farmacéuticas prefieren el DSM.

Novedades en el DSM V

- Ahora tanto adultos como adolescentes pueden ser diagnosticados formalmente. A partir de los diecisiete años solo se requieren cinco «síntomas».
- Se amplía el rango de edad de los siete a los doce años para poder observar los «síntomas» y diagnosticarlo.
- Ahora es posible diagnosticar el TDAH junto a los trastornos del espectro autista (TEA). Hasta ahora, los dos diagnósticos a la vez eran incompatibles.

En el test del DSM, los padres deben contestar una serie de cuestiones sobre la vida cotidiana del niño. Las cuestiones son sobre los tres aspectos nucleares del TDAH: la inatención, la impulsividad y la hiperactividad. Se requiere la presencia de al menos seis «síntomas» de inatención o de al menos seis «síntomas» de impulsividad/hiperactividad (cinco para los adultos). Además, los síntomas deben estar presentes antes de los doce años en al menos dos ambientes de la vida del niño (escuela, hogar, etc.), y durar como mínimo seis meses. ¿No es esto escandalosamente arbitrario? Según este baremo, si tienes cinco de estos aspectos estás bien, pero cuando aparece el sexto, de repente tienes el cerebro dañado y eres un enfermo mental. Bien, pues la cosa no se queda ahí; veamos qué tipo de cuestiones propone este test. Los padres deben decidir sobre si su hijo «a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades», o «a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas», o si «a me-

nudo mueve en exceso las manos o los pies o se remueve en el asiento». Si tuviera que usar este test para determinar si mi hija debe ser diagnosticada de TDAH, lo primero que querría saber es ¿cuánto es «a menudo»? Porque así, de primeras, me parece un baremo un tanto subjetivo que dependerá de lo que uno considere normal o excesivo. Me pregunto qué clase de ciencia es la que determina las enfermedades atendiendo a las opiniones de los padres, tutores o maestros. Estoy seguro de que a muchos adultos les gustaría que los niños estuvieran más atentos en clase, fueran más comedidos y reflexivos a la hora de actuar, pero ¿es el niño un enfermo mental por no adecuarse a estas preferencias? «Después de leer la lista (de criterios diagnósticos) –dice Baughman–, solo se puede llegar a la conclusión de que las pruebas de campo que se realizaron para desarrollar el TDAH consistieron en salir y observar niños normales y hacer una lista de aquello que irritaba a personas adultas que no tienen la paciencia, la compasión o el interés por tolerarlos».⁹

Todos pondríamos el grito en el cielo si se utilizasen medios tan arbitrarios para detectar, por ejemplo, un cáncer, pero en cambio no parece suponer ningún problema usar un criterio subjetivo y acientífico para marcar a un niño con una etiqueta y, en muchos casos, narcotizarlo.

El trastorno de moda

Actualmente, si un niño va mal en la escuela tiene todas las papeletas para ser diagnosticado de TDAH. Hace cuarenta o cincuenta años, los niños distraídos o que molestaban en clase era «vagos», «despistados» o «gamberros», pero hoy es muy probable que el maestro dé la voz de alarma y «prediagnostique» al niño con TDAH. ¡Escuché estupefacto el caso de un profesor de educación física que se atrevió a diagnosticar a una niña de seis años!

Desde su primera definición del TDAH en el DSM III, el número de niños diagnosticados no ha dejado de crecer. La frecuencia del «trastorno» a nivel mundial varía según la fuente, aunque la cifra más repetida hoy es la del 6% (el reciente DSM V habla de un 5%). Según un estudio realizado con catorce estudios epidemiológicos, la prevalen-

cia del TDAH entre niños y jóvenes españoles es del 6,8% y afecta a 3,3 millones de niños europeos de entre seis y diecisiete años.²¹ En los EE. UU. varía mucho entre estado y estado, y llega en algunos de ellos a más del 15%.

El crecimiento del diagnóstico ha conllevado que un número importante de niños de entre cinco y dieciséis años (y cada vez más, de edades inferiores) sean tratados con fármacos psicoestimulantes (metilfenidato y atomoxetina). De hecho, existe un estrecho vínculo entre el aumento del número de diagnósticos con la aparición y prescripción de nuevos fármacos psicoestimulantes, sobre todo a partir de la década de 1990. Explica Baughman en su libro: «En 1961, la FDA aprobó Ritalín para utilizarse en niños, y desde el punto de vista de los estándares actuales, permaneció como un fármaco que no debe usarse con frecuencia; el número de niños que lo tomaban en los años setenta era aproximadamente de ciento cincuenta mil. ¿Cómo pasó esta cifra relativamente baja a los más de seis millones de niños que en la actualidad consumen Ritalín y una variedad de anfetaminas? Se involucraron muchos factores, pero el momento crucial por excelencia fue cuando las escuelas empezaron a dedicarse a identificar candidatos para la restricción a base de sustancias químicas. Y a medida que los educadores se volvieron más hábiles en esto, la psiquiatría se unió a ellos ampliando los criterios para el diagnóstico a tal grado que casi cualquier niño pudiera ser el blanco de drogas capaces de modificar la conducta. Al mismo tiempo, las empresas farmacéuticas rápidamente se dieron cuenta del enorme mercado para drogas estimulantes y se esforzaron al máximo para lanzar al mercado la “enfermedad” y sus tratamientos». ⁹ Según las Naciones Unidas, entre los años 2000 y 2011 el consumo de metilfenidato se ha multiplicado por veinte en España, donde el despegue de la hiperactividad se produjo en 2004 coincidiendo con la comercialización del metilfenidato de liberación prolongada.⁵

Millones de niños y adolescentes están siendo declarados enfermos de TDAH cuando presentan mínimos problemas de conducta o aprendizaje; podríamos decir que es un diagnóstico de moda.

Las modas psiquiátricas

Hace veinte años, un catedrático de Madrid vino a León a darnos una conferencia a un grupo de psiquiatras. En un momento dado de la charla dijo algo inquietante:

— Debéis saber que hay una epidemia de anorexia cruzando el Atlántico.

— Pero ¿cómo va a cruzar el Atlántico una enfermedad mental? —le pregunté extrañado.

— Lo vais a ver; en EE. UU. el 3% de la población ya tiene anorexia, y en poco tiempo la tendremos aquí.

Sus palabras resultaron ser proféticas, ya que poco después el periódico *El País* decía en primera página: «La anorexia afecta a medio millón de personas en España y alcanza ya a niñas de nueve años». ²²

Según un estudio epidemiológico de la Universidad de Navarra, hoy en España hay ochenta y cuatro mil anoréxicas, que es probablemente la cifra que hubo siempre. El resto eran «falsas anorexias», en su mayoría chicas que por su personalidad de base necesitaban llamar la atención. El resultado es que fueron tratadas con tratamientos que no necesitaban y quedaron estigmatizadas de por vida. Algo parecido está ocurriendo ahora con el TDAH, y me atrevo a hacer una predicción: en diez años el TDAH será una enfermedad rara, y de los trescientos cincuenta mil niños que hay hoy diagnosticados en España no quedarán ni cincuenta mil.

Javier ÁLVAREZ

El psiquiatra Allen Frances también define el TDAH como una de las modas de nuestro tiempo y en su libro no le queda más remedio que entonar el mea culpa porque la cuarta versión del DSM que él dirigió tuvo mucho que ver: «El cuidadosamente elaborado DSM IV preveía que los cambios que proponíamos provocarían un incremento de los índices de déficit de atención de tan solo el 15%. [...] No podíamos

prever el brusco cambio experimentado por esta realidad que tuvo lugar en 1997, cuando las compañías farmacéuticas lanzaron al mercado nuevos y caros medicamentos para tratar el TDAH y dispusieron de libertad para anunciarlos directamente a padres y profesores. Al poco tiempo, el TDAH se hizo omnipresente en las revistas, en televisión y en las consultas de los pediatras; había nacido una epidemia inesperada y los índices de TDAH se triplicaron». ²³ El mismo Allen Frances, en una entrevista para *El País*, opinaba que la incidencia real está en torno al 2%-3%, y que «los expertos que honestamente han ayudado a definir esta patología están horrorizados por el sobrediagnóstico». ²⁴

Otro científico que denunció un exceso de diagnósticos de TDAH fue el famoso psiquiatra estadounidense Leon Eisenberg (a quien se le debe la inclusión del síndrome hiperactivo en la segunda edición del DSM). A él se le atribuyeron unas declaraciones en las que supuestamente proclamaba la inexistencia del TDAH, pero se trató de un error de traducción (o de una malinterpretación interesada); lo que hizo Eisenberg es alertar de un sobrediagnóstico y exponer la necesidad de buscar un método diagnóstico preciso para evitar los excesos en su tratamiento farmacológico. ²⁵ Además, Eisenberg instó a los psiquiatras a buscar las razones psicosociales que llevan a determinadas conductas, un proceso que, según sus propias palabras, requiere más tiempo y esfuerzo que prescribir una pastilla.

¿Existe realmente el TDAH?

Repasemos un momento las características del TDAH: es un supuesto trastorno que fue votado por un grupo de expertos, que no tiene una causa biológica conocida, que se diagnostica de manera subjetiva, y cuyo diagnóstico ha aumentado a la par que la prescripción de los medicamentos utilizados para tratarlo. A mí esto me parece raro, por no decir otra cosa.

El TDAH no se diagnostica más de la cuenta; el TDAH simplemente no existe como entidad clínica, porque no existe ninguna anomalía específica demostrable. Existe como discurso que trata de tipificar y etiquetar ciertos comportamientos de los niños, pero es solo eso. Fred

Baughman se muestra implacable: «Si la intención del TDA/TDAH solo fuera tener una forma abreviada para describir un conjunto de comportamientos, los términos serían menos desagradables (aunque la palabra “trastorno” tendría que eliminarse), pero presentarlo como un desequilibrio químico, un defecto genético, una anomalía neurológica, un trastorno (lo que significa que algo es anormal y por lo tanto que existe una enfermedad), representa un conflicto directo con la práctica legítima, científica y ética de la medicina. El TDAH no es una realidad médica en ningún sentido. Representarlo como tal es un fraude».⁹

Según yo lo veo, el TDAH no es más que otra forma recortada de la realidad que en este caso se ensaña con una serie de conductas de los niños que pueden ser problemáticas para los adultos en los entornos familiares y educativos, pero que no dejan de ser observaciones subjetivas y que además pueden tener múltiples causas. El neurólogo Richard Saul, autor del libro *El TDAH no existe*,²⁶ decía en una entrevista en el periódico *Times*: «En el curso de mi carrera, he encontrado más de veinte condiciones que pueden causar los síntomas del TDAH, cada una de las cuales requiere su propio acercamiento y tratamiento».²⁷

Muchos de los niños diagnosticados de TDAH ni siquiera tienen un problema más allá de los criterios y demandas de los adultos. Todos tenemos nuestros propios ritmos de aprendizaje y de maduración, nuestros gustos, preferencias y habilidades. Hay personas que se manejan bien haciendo varias cosas al mismo tiempo y otras que necesitan centrarse en una sola hasta que la resuelven. De igual manera, algunos niños muestran una mayor actividad y una mayor sensibilidad y reactividad a los estímulos, pero esto no define una enfermedad. De hecho, en algunos casos, estas características pueden ser muy adaptativas y funcionales; evidentemente, no lo serán en un contexto donde se requiera atención y sosiego, pero en un contexto donde se requiera actividad, sensibilidad y respuesta rápida y sensible a determinados estímulos, esto podría ser una ventaja.

Desgraciadamente, una parte de los niños diagnosticados sí tienen problemas que requieren un tratamiento específico. Antes de hablar de ello, creo necesario comprender la trama de intereses que hay tras esta etiqueta.

4

La promoción del TDAH y de su tratamiento farmacológico

*«Las mayores injusticias normalmente se cometen en forma colectiva
y ningún individuo asume la responsabilidad»*

James LEE BURKE

El entramado del TDAH

Se ha invertido mucho tiempo, esfuerzo y dinero en construir el fenómeno TDAH. Hoy en día es una industria multimillonaria que involucra a farmacéuticas, investigadores, médicos, líderes de opinión, revistas médicas, escuelas, asociaciones de pacientes, etc. «Nunca antes ha habido un ataque tan violento en el campo de la medicina –dice Baughman–, donde el flujo de información hacia los consumidores, ya sea a través de médicos, educadores, grupos de apoyo o medios de comunicación masiva, está bajo el control de un grupo (las empresas farmacéuticas) que tienen un enorme interés financiero en ejercer influencia en la toma de decisiones y cuentan con más fondos que casi cualquier otra industria».¹ Y, en medio de todo, están los padres intentando sacar algo en claro. Mi consejo es que no se dejen llevar por el *marketing* del miedo y que busquen, que lean, que no se queden con lo primero que encuentren y, por supuesto, que se interesen por saber quién está detrás de la información que reciben. La calidad de vida de su hijo depende de ello.

Ciencia por consenso

Como sabemos, el TDAH se estableció como trastorno por votación y sus criterios diagnósticos son subjetivos, pero además en los últimos años se ha tratado de validarlo a través de conferencias o declaraciones de consenso.

En 1998, el National Institute of Health (NIH) norteamericano celebró una conferencia de treinta y un expertos con el supuesto objetivo de aclarar de una vez por todas las causas y el diagnóstico del TDAH. Entre dichos expertos, estaban varios de los máximos defensores de la causa biológica y del tratamiento farmacológico, como Russell Barkley, Joseph Biederman, Peter Jensen o C. Keith Conners. Durante el evento se presentaron supuestas pruebas sobre el origen biológico del TDAH. James M. Swanson y F. Xavier Castellanos declararon, por ejemplo, que contaban con estudios en los que los escanogramas cerebrales y las imágenes de resonancia magnética indicaban que el TDAH era una enfermedad cerebral. Sin embargo, no dijeron en ningún momento que la mayoría de los niños utilizados en esos estudios habían sido tratados con Ritalín y anfetaminas. Por alguna razón se les pasó por alto el estudio de Nasrallah de 1986 que concluye que el tratamiento con estas sustancias causa atrofia cerebral. Al llegar su turno, el Dr. Baughman quiso recordárselo:

- Dr. Swanson, ¿por qué no mencionó usted que virtualmente todos los sujetos con TDAH en los estudios con neuroimágenes han estado en una terapia crónica a base de estimulantes y que esta es la causa probable de la atrofia cerebral?
- Este es un punto crítico –respondió Swanson–, y de hecho estoy planeando un estudio para investigarlo.¹

¿Realmente querían estos investigadores conocer el estado del cerebro de los niños diagnosticados de TDAH, o les importaba más hacer creer que habían encontrado el fallo cerebral que lo causa? Sea como sea, los expertos de esta conferencia de consenso tuvieron que acabar concluyendo que: «Después de años de investigación clínica y experiencia con el TDAH, nuestro conocimiento de su causa sigue siendo especulativa», y que «no existen datos que indiquen que el TDAH se deba a una disfunción cerebral».

En el 2002 el NIH volvió a realizar otro consenso internacional donde participaron algunos de los expertos citados, y esta vez sí llegaron a la conclusión de que el TDAH es una realidad clínica incontestable. Como respuesta, dos años más tarde el psiquiatra británico Sami Ti-

mimi encabezó un equipo de profesores, psicólogos y psiquiatras cuyo objetivo fue dejar claro que el debate sobre la validez y las causas del TDAH todavía seguía abierto.

En 2003 se celebró otro consenso, esta vez la *Declaración del consenso europeo sobre el diagnóstico y el tratamiento del TDAH del adulto* (European Network Adult ADHD). Muchos se han lamentado de que en este evento los expertos de nuevo presentaron la información de forma muy ambigua y, como es fácil deducir por su título, se esmeraron en establecer que el TDAH también se da en adultos. Este esmero tal vez se deba al patrocinio del laboratorio Jensen y al hecho de que trece de los expertos que participaron en él tienen conflicto de intereses.

Por último, en 2013 se presentó el documento de consenso *TDAH: haciendo visible lo invisible*, más conocido como «Libro Blanco de expertos sobre el TDAH». En este caso fue patrocinado por el laboratorio Shire, y sus tres coordinadores, así como buena parte de los asesores externos, tienen declarados conflictos de intereses.²

Todas estas declaraciones de consenso se apoyan, además, en la cantidad de bibliografía existente, aunque esta no presente ninguna evidencia incontestable, como si el hecho de que haya muchos estudios sobre el tema sirviera para establecer el TDAH como una enfermedad. Pero, además, ¿desde cuándo la ciencia se basa en consensos? ¿Se reúnen los matemáticos para determinar cuánto mide el ángulo recto?

Drogas duras para niños

El tratamiento farmacológico que se prescribe para el diagnóstico de TDAH es a base de estimulantes cerebrales, sobre todo metilfenidato, pero también anfetaminas y atomoxetina. La anfetamina (comercializada en España por Shire como Adderall) es una droga estimulante ya sintetizada en el siglo XIX. Tal como mencioné, el psiquiatra Charles Bradley descubrió por casualidad en 1937 que esta sustancia tiene el poder de hacer más manejables a los niños y Shire aprovechó la oportunidad. Por otro lado tenemos el metilfenidato (Rubifén, Ritalín, Concerta), que es otro estimulante con una composición similar a la anfetamina, y que se sintetizó por primera vez durante la Segunda Guerra Mundial.

Por último, está la atomoxetina (Strattera) que es una sustancia similar a los antidepresivos. Su uso para el TDAH es más reciente, y parece ser algo más lenta en sus efectos y tener menor potencial para el abuso que el metilfenidato. Yo tomé atomoxetina en 2013, tras pasar una mala temporada, y acabé dejándola porque me generaba una agresividad incluso peor que cuando tomé metilfenidato.

Entre los años 2000 y 2011, el consumo de metilfenidato se ha multiplicado por veinte en España y por cuatro en EE. UU.² Según un informe de la IMS Midas, una prestigiosa fuente de informes médicos, España es el tercer país del mundo en número de recetas de psicofármacos a menores de diecisiete años (unas mil quinientas al año), por detrás de Canadá y EE. UU., y es uno de los países que más crecimiento está experimentando en el mercado de las «drogas legales» para la infancia con una previsión de crecimiento anual del 8% entre 2012 y 2018.² Se espera que el mercado global de los fármacos utilizados para el TDAH alcance los cuatro mil doscientos millones este año 2015.³

Los estimulantes son fármacos simpaticomiméticos centrales, es decir, que simulan los efectos de la dopamina y la noradrenalina, lo cual tiene efectos casi inmediatos en el rendimiento físico e intelectual: mejoran la concentración, reducen la intranquilidad, incrementan la capacidad del niño para obedecer las normas, etc. Sus efectos se manifiestan entre quince y treinta minutos después de su ingesta y duran entre tres y cinco horas. Durante la Segunda Guerra Mundial, los soldados de los dos bandos los usaban para mantenerse despiertos, combatir la fatiga y mejorar la atención. Más tarde también fueron usados por camioneros que debían recorrer largos trayectos y para tratar la obesidad. Actualmente, en EE. UU., los profesionales con agenda de trabajo muy demandante y los estudiantes en época de exámenes también los suelen tomar de manera ilegal.

La agencia antidroga norteamericana tiene catalogado al metilfenidato como *Schedule II* (Programa II), que es la clasificación para las sustancias más peligrosas y adictivas que se prescriben de manera legal. No estoy seguro de si, en general, los padres saben o se les informa de que el metilfenidato y la anfetamina son sustancias análogas a la cocaína

y que afectan al cerebro de manera similar (algunos las llaman la «cocaína pediátrica»). La web de la Agencia Antidroga norteamericana (DEA) indica que las reacciones a la cocaína, anfetamina o metilfenidato, cuando se administran de la misma manera a dosis comparables, producen efectos casi idénticos. Nora Volkow, psiquiatra experta en adicción, señala que el metilfenidato podría ser incluso más potente que la cocaína.

Hay que tener claro que los estimulantes tienen los mismos efectos en todos los niños, no solo en aquellos susceptibles de ser diagnosticados de TDAH. Aun así, se difunde el mito de que estas sustancias «normalizan» al niño con TDAH porque este tiene un déficit crónico de dopamina y noradrenalina, por más que no hay ninguna prueba que lo demuestre. De hecho, como ya hemos señalado por activa y por pasiva, la verdadera alteración cerebral suele comenzar en el momento en que el niño toma la medicación. «Déjeme clarificar las cosas –explica la Dra. Mary Ann Block–. El TDAH no es como la diabetes, y el psicoestimulante utilizado para tratarlo no es como la insulina. La diabetes es una condición médica real que puede ser diagnosticada objetivamente. El TDAH es una etiqueta inventada para la cual no existe ningún método válido y objetivo de identificación. La insulina es una hormona natural, esencial para la vida, producida por el cuerpo. Los psicoestimulantes son unas drogas de tipo anfetaminas que no son necesarias para la vida. La diabetes es una deficiencia de insulina. Los problemas de atención y de comportamiento no son unas deficiencias de psicoestimulantes».⁴

Dopaje infantil

La «eficacia» de la medicación es su poder para modificar la conducta, no para curar ninguna enfermedad. En realidad, si uno observa la manera en que se utilizan estos fármacos se dará cuenta de que se trata de un dopaje, que se define como la “utilización de una sustancia estimulante con el objetivo de potenciar el rendimiento físico y/o mental”.

Marino PÉREZ

La mayoría de niños solo sufren efectos secundarios leves en condiciones controladas, pero también se han registrado multitud de casos de abuso y de efectos graves. Hay que tener en cuenta que estos medicamentos son sustancias neurotóxicas que alteran la anatomía y las dinámicas bioquímicas del cerebro y que, además, se les suministran incluso a menores de seis años de edad, en un momento crítico del desarrollo de su cerebro. Los efectos secundarios registrados son: pérdida de apetito, disminución de peso, insomnio, trastornos del estado anímico (irritabilidad, ansiedad y cambios de humor), problemas gastrointestinales (dolor de estómago y náuseas) y dolor de cabeza; y menos frecuentemente: tics nerviosos, retraso en el crecimiento, alucinaciones y brotes psicóticos; riesgos cardiovasculares (hipertensión, aumento de la frecuencia cardíaca, arritmias), enfermedades cerebrovasculares (migraña, ictus), tendencias suicidas,^{5,6} además de otros posibles efectos a largo plazo^{2,7,8,9,10,11} y la muerte.^{1,12} En la década de 1990, la Administración de Alimentos y Drogas de Estados Unidos (FDA) recibió ciento ochenta y seis informes de muertes causadas por el metilfenidato a través de su programa MedWatch. Se sabe que este tipo de programa solo informa del uno al diez por ciento de las reacciones adversas reales, así que el cálculo es sencillo.¹ La atomoxetina en particular presenta un mayor riesgo de alteraciones cardiovasculares (hipertensión, taquicardia y arritmias), trastornos psiquiátricos (psicosis, irritabilidad, cambios de humor y tendencias suicidas) y posible daño hepático (por este motivo en los EE. UU. lleva una etiqueta *black box*, que se aplica a los medicamentos con efectos secundarios graves reconocidos).² La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) solo recomienda el uso de estimulantes tras un examen cardiovascular previo y seguimiento psiquiátrico.²

Es evidente que las farmacéuticas saben todo esto, pero parece que se esmeran en esconderlo. En un análisis de cuarenta y tres ensayos sobre TDAH se observó que muy pocas reacciones graves adversas al fármaco aparecían como graves, a pesar de que muchos menores abandonaron el estudio debido precisamente a esto: reacciones adversas de gravedad.¹³ Y es una práctica habitual, por ejemplo, imprimir con letra pequeña al-

gunos de los efectos secundarios de los estimulantes como el insomnio, la irritabilidad o los episodios psicóticos.

Por otro lado, no hay evidencia de que los estimulantes mejoren el rendimiento académico a medio o largo plazo¹⁴ y tampoco parecen mejorar las relaciones familiares y con otros alumnos. Y si bien son efectivos sobre la atención e impulsividad a corto plazo,¹⁵ esos efectos parecen disminuir más allá de las cuatro semanas.¹⁶ Tampoco existe evidencia de su efectividad a partir de los catorce o a los tres años del inicio del tratamiento.¹⁷

Por si fuera poco, estas sustancias serían responsables de una deterioración de la conducta, e incluso de delincuencia y abuso de drogas.¹⁸ Suelen crear una tolerancia en nuestro organismo que obliga a aumentar la dosis, lo cual puede desembocar en un problema crónico de dependencia. ¿No le parece extraño al lector que se gasten millones de euros en programas de prevención de drogas para decirles a los niños que eviten sustancias idénticas a las que se les recetan y obligan a tomar? Respecto a esto, se nos plantea otra importante cuestión: ¿cómo es que estas sustancias llegan siquiera a comercializarse? Para el Dr. Baughman, la respuesta es sencilla: «Las empresas farmacéuticas controlan el flujo de información a tal grado que pueden influir en la toma de decisiones y así se permite la entrada al mercado de sustancias sin beneficios comprobados, pero con riesgos significativos, de modo que puedan distribuirlas médicos que trabajan con información engañosa e incompleta».¹

Las farmacéuticas del TDAH

Hay cinco productoras de fármacos relacionados con el TDAH; no es difícil encontrar sus nombres tanto en las guías clínicas, asociaciones, cursos, seminarios y webs. Todas ellas tienen una forma peculiar de hacer negocios:

Novartis nació en 1996 a partir de la fusión de Sandoz con Ciba-Geigy. Esta última fue la primera comercializadora de metilfenidato para uso farmacéutico cuando lanzó Ritalín en 1955. Novartis fue acu-

sada en California y New Jersey de conspirar para crear un mercado para este medicamento.¹⁹

Rubió es el laboratorio fabricante de Rubifén (metilfenidato), que es el nombre que recibe Ritalín en España.

Rubió está embarcado ahora en los supuestos perfiles genéticos del TDAH, con un método diagnóstico genético al que ha llamado TDA-GEN.²⁰

La empresa **Shire** produce el Adderall (anfetamina), por la que ha tenido litigios por sobreprecio. También produce Intuniv, un compuesto llamado guanfacina por el que también ha tenido litigios, en este caso sobre la patente.

Es una empresa muy activa en la promoción del TDAH, a través de cursos, *lobbying* del Parlamento Europeo, creación de líderes de opinión y otras actividades.²¹ Leo en la web de Miguel Jara que en febrero de 2014 Shire decidió pagar una multa de 57,5 millones de dólares con el fin de zanjar varios procesos por venta y publicidad engañosa sobre varios de sus productos, incluyendo Adderall XR.²²

Shire está en los comités asesor y científico del Plan de Acción sobre Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (PANDAH) y ofrece «servicios para personal sanitario» en su web.²³

La farmacéutica **Janssen** está englobada dentro de la estructura corporativa de Johnson and Johnson. Produce el Concerta (metilfenidato de liberación lenta) y también produce Risperdal (risperidona), un antipsicótico con efectos opuestos a los estimulantes, que se receta a los niños para compensar los efectos del metilfenidato... y que, por cierto, parece ser que hace crecer los pechos a los hombres.²⁴

Esta compañía fue condenada a pagar una multa de mil millones de dólares por ocultar efectos indeseados del Risperdal.²⁵ Pero este es solo uno de las múltiples multas que se le han impuesto por fraudes de varios tipos.²⁶ Además, está ligada al caso Biederman, del que hablaré en el siguiente apartado.²⁷

Por último, tenemos a la multinacional **Eli Lilly**, que produce atomoxetina con el nombre comercial de Strattera. También produce Zy-

prexa, un antipsicótico usado para el TDAH. Eli Lilly tuvo que pagar una multa de más de mil cuatrocientos millones de dólares por promocionarlo para enfermedades para las que no está especificado.²⁸

Médicos (des)informados

En la trama del TDAH, los psicólogos, psiquiatras, pediatras, neurólogos y médicos de familia tienen un papel protagonista. Lo preocupante es que, como decía Baughman, muchos trabajan con información engañosa e incompleta. «Las técnicas utilizadas para lanzar al mercado información –dice el Dr. David Healey en su libro *La Creación de la Psicofarmacología*– se han desarrollado a tal grado que se pueden producir cambios de importancia tanto en la mentalidad de los médicos como en la del público en un periodo de unos cuantos años».²⁹ Les han hecho creer que el mito es realidad, que existe una anormalidad llamada TDAH y que los fármacos son eficaces. Además, es habitual que reciban presiones desde la escuela para que realicen el diagnóstico, e incluso se les llega a amenazar con que llevarán al niño a otro médico que sí los diagnostique de TDAH.

Así y todo, su responsabilidad es estar informados; ellos se deben a sus pacientes, quienes confían en su buena fe y sus conocimientos. A los padres responsables no nos queda otro remedio que buscar profesionales serios y bien informados que se tomen la molestia de atender a nuestro hijo desde una perspectiva holística.

Líderes de opinión con conflicto de intereses

En la trama del TDAH hay una serie de médicos que ejercen de líderes clave de opinión (LCOs), que parecen especialmente programados para extender el mensaje de las compañías farmacéuticas, de las que en muchos casos suelen recibir importantes cantidades de dinero. Parecería que su máximo interés es promover el tratamiento farmacológico y fomentar el diagnóstico presentando el TDAH como un trastorno biológico real; para ello se valen de estudios, artículos, libros, conferencias, etc. Joseph Biederman, Russell Barkley, Stephen Faraone, Gillberg, Peter Jensen y C. Keith Conners son algunos de los principales LCOs internacionales, y en España tenemos a Rojas Marcos entre otros. En la

web de la American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (AACAP) existe un artículo donde se listan los conflictos de interés de estos expertos.³⁰

El caso del psiquiatra infantil Joseph Biederman (quién, además de promover el TDAH, también es el principal promotor en EE. UU. del trastorno bipolar y un defensor a ultranza de la psicofarmacología pediátrica) fue muy sonado. Él y sus colegas Thomas Spencer y Timothy Wilens de la Universidad de Harvard y el Hospital General de Massachusetts se vieron salpicados por el escándalo al no justificar el ingreso de 1,6 millones de dólares de parte de varias farmacéuticas fabricantes de psicofármacos entre 2000 y 2007. Los tres psiquiatras reconocieron haber recibido más de un millón de dólares cada uno de compañías farmacéuticas, pero finalmente se demostró que las cantidades eran mucho mayores. Sus estudios sirvieron para nutrir los folletos de los medicamentos de las farmacéuticas que financiaron su trabajo.

El psicólogo clínico Russell Barkley, otro de los nombres claves en la promoción del TDAH, ha recibido pagos de diversas empresas (entre las que están Eli Lilly y Shire) por su trabajo de investigación y por sus conferencias.^{30,31}

Muchos de estos líderes de opinión participaron en 1998 y 2002 en las conferencias de consenso del NIH y también forman el panel de expertos que elaboran el DSM y otras guías clínicas de referencia. La guía clínica que elaboró el Ministerio de Salud español en 2010 (GPC) tampoco está exenta de crítica; un comunicado de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) cuestiona su independencia y validez, ya que el 70% de los coordinadores y el 50% de revisores externos han recibido apoyo financiero de empresas farmacéuticas que venden psicofármacos utilizados en el tratamiento del TDAH (Jansen-Cilag, Juste, Rubió y Eli Lilly). Por otro lado, gran parte de las referencias bibliográficas que se citan en la GPC son de Joseph Biederman, cuyo trabajo pudo estar influido de alguna manera por los 1,6 millones de dólares que recibió de parte de las farmacéuticas. La FADSP también indica que en la guía no se toman en consideración las conclusiones del informe de la agencia vasca de tecnologías sanitarias

Osteba, sobre *Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el TDAH*, en el que se denuncia que en España se realizan prescripciones fuera de las indicaciones autorizadas, que no se están siguiendo las recomendaciones sanitarias más básicas y prudentes en cuanto a la prescripción de metilfenidato, y que las guías clínicas más difundidas sobre este trastorno no son de fiar por su baja calidad. Según el comunicado: «En la FADSP desaprobamos la GPC para el manejo de la TDAH en España y exigimos la elaboración de una nueva Guía con una participación plural de profesionales libres de conflictos de interés y basada en la mayor evidencia disponible, dadas las grandes implicaciones económicas, en unos momentos de fuertes recortes sanitarios y sociales (de cumplirse las expectativas de los ponentes del “Libro Blanco”, solo el tratamiento del TDAH podría suponer mil doscientos millones de euros anuales, el 12% del gasto farmacéutico público de 2012. También por las consecuencias en la salud actual y futura de los niños y jóvenes españoles tratados con psicofármacos desde la infancia». ³²

Estos expertos tienen todo el derecho del mundo de recibir dinero de las compañías farmacéuticas (siempre que sea de manera legal, por supuesto), pero yo tengo el derecho y el deber de dudar de sus conclusiones.

Medios de manipulación

Las compañías farmacéuticas conocen bien el poder de una buena campaña de comunicación, y por eso invierten enormes cantidades de dinero en promocionar sus productos a través de la publicidad, artículos en revistas, páginas web, etc.

Los medios de comunicación han sido claves para difundir el concepto del TDAH como una enfermedad biológica con componente genético y su tratamiento con fármacos estimulantes; en el libro *Volviendo a la normalidad* encontramos los resultados de dos recientes estudios que analizaron la cobertura de los medios de comunicación sobre el TDAH: «Uno de ellos analizó los diez trabajos científicos más citados por la prensa en esos años, de los cuales siete fueron sobre su neurobiología y tratamiento farmacológico, dos sobre aspectos conductuales del TDAH

y uno sobre su epidemiología. De todos los trabajos científicos, los referidos a aspectos biológicos del TDAH fueron posteriormente refutados o no confirmados incluso por el mismo grupo investigador. A pesar de ello, los artículos publicados en la prensa sobre estos diez estudios afirmaban en todos los casos que estos descubrimientos podrían dar lugar en breve mejores tratamientos farmacológicos o bien a biomarcadores disponibles comercialmente para confirmar el diagnóstico de TDAH. En otro de los estudios se detectó una interpretación equivocada en la mayoría de 61 artículos periodísticos que indicaban causas genéticas y alteraciones en neurotransmisores cerebrales en TDAH, que solo tenían en cuenta las conclusiones principales de los estudios científicos, pero omitían las limitaciones o interpretaciones alternativas propuestas por los mismos autores de estos estudios». ^{2,33,34}

La publicidad también es, evidentemente, una gran fuente de promoción... y de manipulación. Para muestra, un botón: en 2009, Shire publicitaba su Intuniv mostrando a un niño disfrazado de monstruo que se quitaba su terrorífica máscara para mostrar su verdadera y encantadora cara. El eslogan decía: «Ahí detrás hay un gran chico». ³⁵ Lástima que para encontrar al gran chico haya que narcotizarlo, añado yo. Las revistas médicas también han encontrado un buen filón en la publicidad farmacéutica; publican artículos en los que se apoya el uso de estos fármacos, y luego cobran por anunciarlos. Según un artículo del escritor y periodista independiente Miguel Jara: «La (revista) más importante, *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, pasó de no publicar ningún anuncio sobre medicamentos para el TDAH a insertar, una década después, cien páginas a todo color que anuncian medicamentos para el TDAH». ³⁵

El TDAH en España

Las empresas farmacéuticas gastan grandes cantidades de dinero en *lobbying*, es decir, en presionar a las administraciones públicas para que apliquen políticas favorables a sus intereses. Según un estudio, estas compañías dedican al menos cincuenta millones de dólares anuales a esta actividad. ³⁶ Tal vez por eso los diferentes gobiernos españoles no han dudado en apoyar la «versión oficial» del TDAH e incrementar el

gasto público en fármacos y otros servicios relacionados. Por poner un ejemplo, el gasto público de medicamentos para el TDAH en el País Vasco ha pasado de nueve mil euros anuales a más de tres millones y medio en una década,³⁷ dinero que no se destinará a abordar los posibles problemas de los niños de una forma más adecuada.

En el portal de la Generalitat de Cataluña se le da una validez absoluta al TDAH y se lo define como «un trastorno de origen neurobiológico».³⁸ De hecho, el gobierno catalán acaba de establecer un protocolo destinado a homogeneizar la atención de los niños con este diagnóstico. A mi parecer cuenta con aspectos positivos, pero, de nuevo, se trata de una atención interferida por las mismas ideas que vengo denunciando durante todo el libro. De primeras, este protocolo recomienda el tratamiento psicológico para el niño y sus padres, y también expone la necesidad de que estos sean informados de todos los tratamientos, no solo del farmacológico. Pero más tarde afirma que en algunos casos este tipo de tratamiento es necesario y que «presenta una elevada eficacia i seguridad». El protocolo también recomienda «seguir los criterios diagnósticos del DSM-IV o del CIE-10» y dice que, a su vez, se adapta a las recomendaciones de la guía clínica española, ya que, según dice, «está basada en la evidencia científica disponible sobre el TDAH en niños y adolescentes».³⁹ Se ve que nadie les ha explicado lo de Biederman y compañía.

A nivel del estado español, la tendencia es la misma. Lo vemos en la guía y también en la nueva ley educativa española, LOMCE, donde se han introducido las siglas TDAH basándose en las conclusiones del «Libro Blanco», es decir, las conclusiones del laboratorio Shire. Entiendo que muchos padres se congratulen de que el TDAH se vea contemplado en la nueva ley educativa, ya que muchos de estos niños necesitan atención y apoyo específico; lo triste es que se les vaya a ofrecer desde un abordaje psiquiátrico interesado.

Otra pieza en esta trama son las asociaciones de pacientes, a las que acuden los padres en busca de ayuda. En España hay una enorme red de asociaciones de este tipo que, en general, están llenas de buenas personas y son de gran utilidad para apoyar y asesorar a las familias. El pro-

blema no es que las asociaciones de pacientes sean entidades malignas que quieran aprovecharse de los pobres ciudadanos, sino que también sufren la interferencia de algunos intereses particulares.

La Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH) dice en su web: «El TDAH es un trastorno neurobiológico; no tiene conexión con la relación y características afectivas de la familia. Si estas son negativas lo agravarán, pero no son causa suficiente para producirlo». Y por lo que respecta a su tratamiento, FEAADAH también lo tiene claro: «Tampoco se ha probado que los tratamientos basados en restricciones de la dieta o en suplementos minerales o vitamínicos mejoren los síntomas del TDAH». Pero, en cambio: «Los psicoestimulantes son fármacos avalados por estudios científicos y muchos años de uso, demostrando con creces su eficacia y seguridad en el tratamiento del TDAH. Sus efectos secundarios (dolor de cabeza, insomnio y disminución del apetito) son leves y desaparecen en unas semanas». Hace unos años, esta misma web anunciaba en portada: «El portal de FEAADAH es posible gracias a la colaboración de las siguientes entidades: Lilly, Janssen, Rubió», todos ellos laboratorios fabricantes de algún fármaco para el TDAH.⁴⁰ Me parece evidente que la Federación está siguiendo la línea que marcan las farmacéuticas. Conmigo que no cuenten para eso.

Muévete por el TDAH

En agosto de 2010, mediante ARTDAH Girona, creé la campaña «Muévete por el TDAH», con la que pretendía llamar la atención sobre el TDAH (en aquel momento yo no dudaba de su existencia como entidad clínica real) con una gira por carretera desde Girona a Madrid, dando entrevistas y conferencias. Además, quería llevar al Senado una propuesta para establecer un protocolo de intervención entre salud–educación–familia para diagnosticados de TDAH. Uno de los puntos de este protocolo era establecer que los fármacos utilizados para el TDAH fueran denominados «de un punto», que son mucho más baratos, para que así, al no significar

una ganancia tan grande para las farmacéuticas, se acabara el sobrediagnóstico.

Al principio, la FEEADAH y otras federaciones, fundaciones y asociaciones aceptaron y apoyaron la campaña. Llegué a tener unas ciento cincuenta entrevistas concertadas e incluso la Federación de Gasolineras se comprometió a pagarme transportes y gasolinas. Pero todo cambió de repente, y creo que básicamente se debió a que FEEADAH no vio con buenos ojos que mi mensaje fuera, hasta cierto punto, crítico con el tratamiento farmacológico. A partir de entonces, perdí todos los apoyos. Esto fue un revés emocional importante, pero no tiré la toalla y decidí que lo haría yo solo. Me compré una bicicleta y un remolque, lo llené con *fliers* y con lo necesario para el viaje, y le colgué una pancarta con el nombre de la campaña. Como era de esperar, la mañana de la salida no vino nadie, pero mi pareja y mi hija me apoyaron acompañándome los primeros cuarenta kilómetros; Bárbara conducía otra bicicleta y Paula iba detrás, en un remolque.

El viaje no pudo ser más accidentado. Para empezar, no sé si fue por no estar acostumbrado a hacer ejercicio, que cada vez que tomaba la medicación me temblaba todo y sentía que me desvanecía. Una vez incluso acabé tirado en medio de un camino hasta que me encontraron y me ayudaron a incorporarme. Más tarde, en Jorba, un pueblo de la provincia de Barcelona, compartí habitación en un albergue con un grupo de ciclistas; aquella noche me desperté sobresaltado, sintiendo que estaba girando en el aire y al encenderse las luces resulta que a aquellos tipos se les había ocurrido levantar mi colchón y darle vueltas. Yo, que no tengo mucha tolerancia a este tipo de tonterías, entré en pánico y me largué de allí, solo para descubrir que alguien había estado trasteando en mi remolque. Luego supe que también habían sido ellos, ya que se hicieron varias fotos con mi propia cámara haciendo el café. Profundamente afectado, me eché a dormir en una plaza hasta que el cura del pueblo, Mosén Genís, avisó a mi madre para que

viniera a recogerme. El caso es que al día siguiente volví a subirme a la bicicleta y seguí mi camino sin muchas complicaciones hasta que en la entrada de Zaragoza tuve un accidente y me desencajé el hombro. A duras penas pedaleé hasta un *camping*, monté la tienda como pude e intenté descansar..., pero de madrugada el dolor se hizo insoportable y entendí que era el momento de dar por finalizada aquella accidentada campaña.

Al año siguiente resucité «Muévete por el TDAH» aprovechando la celebración del *Costa Brava Reggae Fest*, un festival de Reggae en Lloret de Mar. La campaña también tuvo eco en México, Colombia, Argentina, Uruguay y Chile, donde una serie de coordinadores locales realizaron varios actos; en México, por ejemplo, se organizaron unas jornadas de fútbol donde cada paso de los jugadores se sumó para apoyar a la campaña. En Lloret, los asistentes al festival nos pusimos una etiqueta donde escribimos un calificativo negativo (loco, cabezón, pesado, etc.) y las rompimos todos a la vez en un acto simbólico. También hicimos un recorrido por el paseo en el que participaron más de siete mil personas.

Curiosamente, TDAH Vallès, que había sido muy crítica con la campaña, se la apropió y la ha seguido haciendo con el mismo nombre y los mismos colores.

En España también tenemos el llamado *Plan de Acción sobre Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*, conocido como PANDAH, cuyo coordinador es el Dr. César Soutullo, director de la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Clínica Universitaria de Navarra. Un artículo de www.migueljara.com señala que en la guía clínica española el doctor Soutullo declaraba un sinfín de conflictos de interés por haber colaborado con farmacéuticas que venden medicamentos para el TDAH.⁴¹ También es público que la farmacéutica Shire está en los comités asesor y científico de PANDAH y ofrece «servicios para personal sanitario» en su web.²³

En la trama española también encontramos a la fundación ADANA (de la Generalitat de Cataluña), creada supuestamente para ayudar e informar y cuya presidenta es Isabel Rubió, miembro de la familia propietaria de los Laboratorios Rubió, que, como sabemos, comercializa Rubifén, uno de los psicofármacos más utilizados para el TDAH.

Medicar, ¿sí o no?

Poco después de mi accidentada primera charla, me invitaron a hablar en la Feria de la Cultura Ecológica de Girona (Ecosí) y a ofrecer un taller de batería diseñado para niños con etiquetas psiquiátricas. Por otro lado, surgió la posibilidad de atender a algunos de los asistentes de manera privada, a lo que acepté gustoso, por más que no tenía claro si sabría asesorarles correctamente. La experiencia fue muy positiva para mí, y creo que para ellos también, así que he seguido atendiendo a todos aquellos padres que me han ido pidiendo ayuda. En todos los casos, siempre llega el momento de hablar de la medicación y debo dar mi opinión sobre la gran pregunta: «medicar, ¿sí o no?». Sinceramente, no tengo una respuesta absoluta porque cada caso es diferente. Mi conclusión es la misma a la que ha llegado el informe *Atentos al déficit de atención*: «La opción farmacológica debería ser el último recurso y empleada durante el menor tiempo posible». ⁴² Recordemos que estamos hablando de drogas de abuso análogas a la cocaína y con graves efectos secundarios.

Tristemente, los padres pueden llegar a sufrir una enorme presión por parte de profesores y médicos para aceptar que se medique a su hijo. Si finalmente deciden no medicarle, tienen que estar preparados para recibir muchas críticas por parte de médicos, maestros e, incluso, su propia familia. Mi madre me ha contado varias veces cómo ella las sufrió en su momento. No es raro que sea así, ya que hay en marcha una enorme maquinaria de *marketing* del miedo propagando la idea de que los que critican el TDAH son una especie de secta y que, si no medicas a tu hijo, este destrozará tu familia, se convertirá en un delincuente, se quedará embarazada a una corta edad si es niña, nunca podrán llevar una vida satisfactoria, y un largo etcétera. También es cierto que en muchos casos son los mismos padres los que se empeñan en que se

medique a su hijo. Van al médico porque no saben cómo lidiar con el comportamiento del niño y quieren una solución rápida. Entonces el médico le receta unas «pastillas para portarse bien» y asunto arreglado.

La apariencia es que estas sustancias tranquilizan al niño y le permiten concentrarse, pero, en realidad, lo que ocurre es que ha desconectado de sí mismo, de sus emociones; ha dejado de ser él. Ciertamente ya no molesta a los padres y a los profesores, pero la droga tampoco le va a permitir al niño conocerse mejor a sí mismo, y tal vez resolver su propio rompecabezas. Se le está privando de la oportunidad de crecer, de cambiar y de aprender a adaptarse por sí mismo. «[...] abusamos de nuestros niños con las drogas –alerta el psiquiatra Peter Breggin–, en lugar de esforzarnos por encontrar mejores formas de satisfacer sus necesidades. Al final, les estamos dando a nuestros hijos una muy mala lección: que las drogas son la respuesta a los problemas emocionales. Estamos estimulando a una generación de jóvenes a crecer dependiendo de drogas psiquiátricas y no dependiendo de sí mismos y de otros recursos humanos».¹ Esto no creo que sea algo que, a la larga, ningún padre consciente quiera para su hijo.

En estas sesiones de asesoría propongo a los padres una vía de acción: «El fármaco siempre lo tenemos ahí; entonces, ¿por qué no probamos primero con otras posibles soluciones?». Existen ciertos factores que podemos modificar y corregir para ayudarles a madurar su autocontrol y atención y a reducir su nerviosismo, como por ejemplo la revisión del entorno familiar y escolar, la alimentación, el ejercicio físico, la cantidad e intensidad de los estímulos que recibe el niño, los tóxicos ambientales, etc. Incluso haríamos bien en cuestionar nuestras habilidades como padres o profesores y las propias estructuras de la familia, de la sociedad y de los sistemas educativos. Como bien dice el psicólogo Alan Soufre en un artículo de 2012 en el *New York Times*: «La ilusión de que los problemas de conducta de los niños pueden curarse con fármacos nos evita que, como sociedad, tratemos de buscar soluciones más complejas, que serían necesarias. Los fármacos sacan a todos (políticos, científicos, maestros, padres) del apuro. A todos, excepto a los niños».⁴³

Pero si, finalmente, se toma la decisión de medicar al niño, mi consejo es que sea durante un máximo de seis meses y siempre bajo el control de médicos especialistas. A la vez, sería interesante llevar a cabo una dieta desintoxicante, antes, durante y después de la medicación.

Para acabar, me gustaría reclamar nuestro derecho a que los médicos nos expliquen todo lo concerniente al diagnóstico y al tratamiento que se nos propone; se les debería decir a los padres: «Miren, le vamos a suministrar a su hijo una sustancia con alto potencial adictivo y efectos secundarios, entre los que se encuentra la muerte, que volverán al niño más dócil, pero que no mejorarán sus resultados académicos o sus aptitudes sociales, para tratar unos comportamientos que se supone que no debería tener, y que no son debidos a una enfermedad demostrable». A partir de ahí, con la información necesaria, seríamos libres para escoger.

5

Más allá de la etiqueta

«¿No resulta cruel cargar al recién nacido con el fardo de prejuicios que le harán difícil la vida?»

Ferdinand DOMELA NIEUWENHUIS

«Pensar contra la corriente del tiempo es heroico; decirlo, una locura»

Eugene IONESCO

Una etiqueta para gobernarlos a todos

Contrariamente a lo que es lógico y habitual, los criterios diagnósticos para el TDAH se han ido volviendo más amplios en lugar de volverse más específicos. «¿Cuánto de esto recibió el impulso del conocimiento creciente sobre el impacto que los estimulantes tienen sobre el comportamiento de los niños? ¿Es necesario ser paranoico para sospechar que el diagnóstico se amplió con el fin de adaptarlo a un tratamiento que “funcionaría” en todas las circunstancias?», se pregunta Baughman.¹

El propio nombre «Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad» favorece su diagnóstico, ya que, si observamos que un niño parece tener dificultades para prestar atención o se mueve mucho, automáticamente podemos pensar que efectivamente debe tener un déficit de atención/hiperactividad. Pero ¿realmente podemos agrupar a todas estas personas? ¿Estos comportamientos siempre se deben a las mismas causas? La respuesta es rotundamente no. La etiqueta llamada TDAH es un cajón de sastre donde caben todo tipo de niños que solo tienen una cosa en común: «a menudo» son desatentos, movidos e impulsivos, pero en realidad estos comportamientos tienen causas muy variadas. En mi opinión, en el diagnóstico del TDAH se dan por lo menos dos situaciones:

- Niños que tienen otra enfermedad o trastorno, o que están viéndose afectados por alguna situación o elemento que hay que tratar: situaciones personales difíciles o traumas, dificultades específicas

del aprendizaje, dislexia, síndrome de Asperger, alteraciones neurológicas reales (daños por la medicación, traumatismos, falta de oxígeno, síndrome de *Tourette*), intoxicaciones por metales pesados (aluminio, mercurio, plomo, etc.), alergias o intolerancias alimentarias (gluten, lactosa, caseína, soja, huevo, etc.), problemas intestinales (intestino permeable, candidas, etc.), sobreestimulación, reflejos primitivos aberrantes, etc.

- Por otro lado, niños que en realidad no tienen ningún problema pero que tienen la mala suerte de caer en manos de profesores que no toleran su naturaleza dinámica o desconocen la diversidad del desarrollo infantil. Muchos de estos niños son muy inteligentes y curiosos, y simplemente no soportan las rutinas del colegio; otros son etiquetados por su relativa inmadurez al haber nacido a final de año. De hecho, todo este segundo grupo de niños también tiene un problema que debe ser tratado: el criterio y las demandas de los adultos.

La infancia bajo ataque

Los criterios diagnósticos del DSM para el TDAH parecen una lista de prejuicios especialmente elaborados con el fin de mantener a raya a los niños molestos, particularmente en la escuela. Se les exige que repriman su mundo interior inquieto y curioso...; en definitiva, que hagan un esfuerzo por dejar de ser niños. «Algo particularmente ofensivo –se lamenta el Dr. Baughman– es el hecho de inferir que los niños están bien o no están bien dependiendo de lo “fácil” que sea tenerlos cerca. De hecho, la única manera en que los niños pueden evitar satisfacer estos criterios y que se considere que sufren de una anormalidad neurológica es actuar como adultos sedentarios y plácidos».¹

Se han establecido unos estándares sociales muy rigurosos; la normalidad se ha acotado peligrosamente, y cualquier desviación se considera una anormalidad que debe ser «corregida», incluso con drogas. «El Ritalín ha llegado a tener el papel de un eviden-

te instrumento de control social», proclama el politólogo Francis Fukuyima en su libro *Nuestro futuro post-humano*.² Y es que la situación guarda un inquietante parecido a lo que describió Aldous Huxley en su *Un mundo feliz*,³ donde el Estado repartía una droga llamada «soma», con el fin de mantener el orden de la metrópolis.

El TDAH es una etiqueta que parece especialmente diseñada para que todos quepan en ella. Al ser así, se diluyen las particularidades y la situación de cada niño, y así se hace imposible ofrecerle una atención adecuada.

El enfoque sistémico: una visión global

A medida que fui cobrando experiencia ayudando a personas que lidiaban con el TDAH, fui entendiendo la importancia que tienen el contexto familiar y otros elementos ambientales en los cambios de conducta. Es más fácil echarle la culpa al cerebro del niño que hacer un estudio riguroso e, incluso, reevaluar nuestro papel como padres y maestros, así como la sociedad que hemos creado. Que no se me entienda mal; por supuesto que también hay que tener en cuenta el aspecto biológico, pero una vez descartadas las enfermedades neurológicas reales, cualquier alteración bioquímica o neurológica hay que buscarla en la relación de la naturaleza particular del individuo con el medio ambiente.

Los médicos suelen observar el desorden del niño sin tener en cuenta el contexto desordenado en el que vive y los múltiples estímulos que ha estado recibiendo desde su gestación. El DSM no tiene un test que haga, por ejemplo, las siguientes preguntas:

¿Tiene unos padres sedentarios o son activos?

¿Se le tiene en cuenta, le ofrecen atención, le hacen partícipe de lo que ocurre en casa? ¿Se le permite expresarse, explorar..., ser niño, en definitiva?

En la escuela, ¿se le está ofreciendo información interesante y útil?

¿Se presenta esta información de una manera atractiva?

¿Se tienen en cuenta sus características, gustos y talentos individuales?

¿Vive en contacto con la naturaleza?

¿Cómo es su alimentación?

¿Están su cerebro y su sistema nervioso afectados por tóxicos ambientales?

Nuestras emociones y pensamientos, y por consiguiente nuestras conductas, no son fruto solo de nuestra individualidad. Somos un microcosmos en una continua danza con el macrocosmos. Por eso, frente al enfoque reduccionista y «cerebrocentrista» imperante, muchos profesionales de la psiquiatría y de la salud en general señalan la necesidad de un abordaje lo más holístico posible. El término «holismo» proviene del griego *holos*, que significa «todo», «por entero», y se refiere a la necesidad de tener en cuenta todos los elementos que intervienen en un sistema o situación. Aplicado a la salud mental, un enfoque holístico tendría en cuenta tanto las características particulares del individuo (ritmo de aprendizaje, gustos, talentos, etc.) como su relación con el contexto donde vive (familia, escuela, actividades extraescolares, alimentos, etc.). Este tipo de acercamiento es más laborioso y requiere más tiempo, pero es necesario si realmente queremos conocer lo que le puede estar pasando al niño.

Cuando unos padres me piden que les asesore, no siempre puedo ayudarles, ya que, como he dicho, hay casos que deben ser tratados por profesionales; pero en el próximo capítulo (Atención sin medicamentos) enumeraré una serie de elementos que sería interesante tener en cuenta, ya que podrían estar interfiriendo en el bienestar y desarrollo del niño.

El déficit de atención

Durante miles de años, los niños han corrido, se han subido a los árboles y han vuelto locos a los adultos sin que eso fuera considerado una anomalía. De hecho, a nivel evolutivo, estar alerta al entorno significaba librarse de acabar en el estómago de un depredador. Pero ahora, de repente, hemos decidido que tienen que pasarse el día sentados escuchando cosas aburridas, y ¿queremos que eso funcione?

Lo del «déficit de atención» es una valoración totalmente subjetiva que establece que «el niño no presta toda la atención que debería mostrar». Y yo me pregunto: ¿cuál es el baremo que nos permite saber cómo

de atento debe estar un niño en determinada circunstancia? Además, es evidente que no todos los niños que parecen tener un déficit de atención lo tienen por el mismo motivo.

Hay que tener en cuenta que para un niño el mundo es un lugar nuevo, lleno de estímulos maravillosos que le llaman la atención, y reconozcámoslo: las explicaciones de los profesores no siempre son tan interesantes como a ellos les gustaría. Muchas veces, cuando observo a una persona con aparente déficit de atención, me doy cuenta de que en realidad está intentando procesar la información del entorno. En muchos casos, cuando la persona es muy sensible, incluso puede estar sufriendo cierto estrés mental debido a que capta mucha información y no siempre logra gestionarla. Hoy en día, además, estamos sometidos a una cantidad de estímulos brutal que nos llega desde todos lados; uno sale a la calle y solo ve movimiento y estrés por todas partes, además de miles de pantallas, pancartas, anuncios, etc. Yo solía saturarme con tanta información cuando era pequeño, y aún suele sucederme.

Muchos de estos niños simplemente necesitan un entorno más atractivo, que tenga en cuenta sus preferencias y habilidades. El propio DSM dice que el déficit de atención suele desaparecer cuando «la persona está bajo un control muy estricto», cuando se involucra en «actividades que considera de especial interés», «durante las vacaciones de verano» o «si recibe premios frecuentes por el comportamiento apropiado». Según esto, pues, el problema no es que el niño sea incapaz de prestar atención, sino que no le presta atención a lo que alguien supone que debería prestársela. Vamos, que los niños atienden a aquello que les interesa, es decir a sus juegos y a sus demás intereses. Lo que, por otro lado, considero totalmente natural.

Acabo este apartado con una reflexión; muy a menudo, los defensores del TDAH utilizan frases como «el niño quiere atender, pero no puede» o «quiere estar quieto, pero no puede», pero creo que, en la mayoría de los casos, esto no es correcto; no creo que se establezca un conflicto entre «lo que el niño quiere» y «lo que el niño puede», sino que el niño acaba aceptando como suya la voluntad de los adultos. Es decir, le han dicho tantas veces lo que tiene que hacer, que acaba creyendo

que quiere hacerlo..., y lo malo es que, por una razón o por otra, probablemente no siempre podrá cumplir nuestras expectativas y acabará aceptando que no es suficientemente bueno.

El exceso de movimiento

El concepto de «hiperactividad» también es muy subjetivo, porque ¿cuándo comienza a haber más movimiento del normal?

Es bien sabido que el movimiento es vital en el desarrollo humano; gracias a él se desarrolla el sistema nervioso central y el sistema musculoesquelético. Ese es el motivo por el cual el bebé comienza sus primeros movimientos en el vientre materno, y por ello los continúa especialmente durante su desarrollo infanto-juvenil. Cuanto más se mueven los niños, más rápido se produce el desarrollo neurológico y musculoesquelético, lo cual a su vez estimula los sentidos (ya que son parte del SNC). Estos tienen, básicamente, dos funciones: la comunicación con el mundo exterior y la propiocepción (comunicación con el mundo interior). Ese mundo interior es el que regula las emociones, el equilibrio psicofísico y, en resumen, la autopercepción. De igual modo, esto explica por qué los adultos y ancianos disfrutan con el baile y el ejercicio físico, porque literalmente les reconecta con su autopercepción y, además, les permite realizar el necesario mantenimiento de todas las estructuras del SNC. El movimiento es sin lugar a dudas el concepto más importante y más olvidado de la neurología.

El movimiento, el tiempo y el espacio: una interrelación vital dimensional

No podríamos concebir nuestra vida sin el movimiento, sin el tiempo necesario para realizarlo y sin el espacio preciso para llevarlo a cabo. Estamos hablando de una función que es la expresión máxima de nuestro ser espiritual, comunicacional, emocional, psíquico y orgánico, que no solo se mueve en dos dimensiones, sino que se maneja más allá de las dimensiones establecidas.

El movimiento viaja por la vida y por la muerte, por la cordura y por la locura, por la normalidad y por la anormalidad, por la formación y por la deformación. Nuestra vibración interior nos hace diferentes en relación a la observación de nuestra realidad. Gracias a nuestras estructuras motrices podemos elevarnos en lo más alto de la búsqueda del sentido de la existencia; gracias a nuestro cuerpo motriz podemos expresar nuestro interior más alegre y más doloroso; gracias a nuestra soporte locomotor podemos mostrar los colores de nuestro interior y descargar nuestras emociones; gracias a nuestra capacidad de desplazamiento podemos observar la realidad y aprehenderla; gracias a nuestro funcionamiento orgánico podemos mantener todos los pulsos vitales a punto para llevar a buen puerto la función básica de la vida, que es disfrutarla aun muriendo.

Para que este movimiento pueda ayudarnos a vivir, necesita de un tiempo personal e individualizado y de un espacio único e intransferible con los elementos necesarios para experimentar y aprender individualmente. Cuando el movimiento individual contempla un tiempo interior personal y un espacio rico para descubrirse, es cuando nos construimos interior y exteriormente. Es cuando somos capaces de vivir, de comunicar, de sentir, de aprender y de pulsar por nosotros mismos.

Permite estructurarte sin culpabilidad, con autoestima, con fuerza, y actuar de manera propia y autónoma. La realización de un movimiento único junto al tiempo necesario para experimentar y el espacio gozoso son premisas para desarrollar una existencia justa.

Xavier URIARTE

El verdadero problema suele aparecer cuando se impide que el cuerpo se exprese libremente, como ocurre durante la infinidad de horas que pasan en clase. Para la mayoría de los niños no es fácil estar seis horas sentado en un pupitre encerrado en un aula, y es muy probable que esto genere falta de atención y un exceso de movimiento..., ¡pero es que

están que se suben por las paredes! Algunos exteriorizan este malestar en forma de conductas «inapropiadas» y otros, por su temperamento, o por miedo a las reprimendas y los castigos, interiorizan su malestar y se lo guardan para ellos. Pero, al cabo de los años, esto puede traer verdaderos problemas, tanto para unos como para otros. «La evolución no diseñó a los seres humanos jóvenes –dice Francis Fukuyama–, y en particular los hombrecitos, para sentarse ante un escritorio durante horas sin interrupción poniendo la atención en un maestro, sino para correr y jugar, y dedicarse a otras actividades físicas. El hecho de que cada vez les exijamos con más insistencia que se sienten quietos en un salón de clase, o que los padres de familia y maestros tengan menos tiempo para pasarlo con ellos en actividades interesantes, es lo que crea la impresión de que existe una enfermedad que se extiende más y más».²

En mi opinión, a los niños más movidos se les debería dar tiempo y espacios para que se muevan libremente sin que esto supusiera un problema para el grupo. No se comportan así para molestarnos; ¡simplemente necesitan salir de ese pupitre y moverse con libertad!

Además, es bien conocido que limitar la capacidad de movimiento de los niños también es contraproducente para su rendimiento escolar. La mente y el cuerpo forman un todo inseparable, y si se limita el movimiento de uno, el otro se ve perjudicado. El movimiento corporal nos ayuda a entender y organizar la información; de manera inconsciente, el cuerpo secuencia y registra los mensajes que vemos, escuchamos, leemos, etc.

Más allá del aspecto de la necesidad de movimiento, hay varios motivos por los que el niño puede estar mostrando una «hiperactividad». Sería interesante saber si tiene algún problema que le inquieta, revisar su dieta y el estado de su intestino, descartar intoxicaciones químicas y electromagnéticas, o que tenga un problema con los reflejos primitivos (de los que hablaré en el siguiente capítulo), etc. En algunos casos se soluciona propiciando un ambiente relajado, tal como propone el psicólogo Joseph Knobel Freud en su libro *El reto de ser padres*: «... hay niños que se mueven mucho cuando tienen hambre, frío o sueño, por ejemplo. Se mueven porque están nerviosos. Es una reacción normal.

Pero no tienen ningún trastorno neurológico; simplemente aún no han aprendido a controlarse cuando están incómodos por algún motivo. Los padres tienen que enseñar a sus hijos a que esperen con calma cuando tienen hambre, en lugar de darles corriendo lo primero que cogen en la nevera; tienen que relajar a su hijo para que duerma... Límites y calma son las dos estrategias para que los niños muy movidos no lo sean tanto».⁴

La impulsividad

La impulsividad es otro rasgo propio de los niños, y está especialmente presente en ciertos temperamentos. Hasta cierto punto, es natural que los niños interrumpan conversaciones o respondan antes de que su interlocutor acabe la pregunta. Según mi experiencia, muchos de ellos responden antes de tiempo porque captan el mensaje antes de que este esté completo. En todo caso, esta tendencia se puede corregir enseñándole al niño ciertos límites ya desde pequeño. A veces es la vida misma la que le enseña a uno que es mejor «pensar las cosas dos veces» antes de actuar. Lo habitual es que, con los años (sobre todo al entrar en la adolescencia), los jóvenes aprendan a autoregular este tipo de impulsos.

Pequeños genios

Los niños diagnosticados con TDAH suelen tener una inteligencia normal, pero también hay un buen número de «superdotados» (o personas con alto potencial) entre sus filas. El término «superdotado» no deja de ser una etiqueta que se usa para referirse a algunos niños que tienen mucha facilidad para la mayoría de los retos escolares y que obtienen resultados muy elevados en los tests de inteligencia. No todos estos niños saben gestionar bien sus dotes y muchos lo pasan mal porque se sienten diferentes a los demás.

Por otro lado, también existen niños con talentos específicos, es decir con facilidad para realizar una tarea específica, ya sea matemáticas, escritura, deportes, etc. Un buen ejemplo de ello es el deportista olímpico más exitoso de todos los tiempos, Michael Phelps, quien fue diagnosticado con TDAH y tratado con Ritalín. Se decía que era excesivamente nervioso y que no leía más de dos párrafos sin perder la concentración,

pero lo cierto es que ha conseguido ser el máximo exponente de un deporte tan sacrificado como la natación.

Encaremos la verdad: los niños muy inteligentes no suelen encajar en los espacios que los adultos han creado para ellos, especialmente en la escuela. Sin ir más lejos, a Honoré de Balzac lo expulsaron del colegio por desatento y a Thomas Alva Edison lo expulsaron por inestable y desordenado; Walt Disney o Salvador Dalí no atendían en clase y «perdían el tiempo» dibujando; el poeta Jean Cocteau era un alumno nervioso y distraído; también Albert Einstein era un alumno lento e incapaz de respetar las normas. No digo que todos los niños diagnosticados de TDAH sean unos genios, pero sí creo que el sistema escolar actual no está preparado para los niños especialmente inteligentes y sensibles.

Hace poco leí en un artículo de *The Economist* que algunas empresas de los EEUU (sobre todo en el campo de la tecnología) han comenzado a reclutar a personas diagnosticadas con Asperger y TDAH. Según rezaba la noticia, los diagnosticados de TDAH, si bien somos malos empleados, somos seis veces más propensos a crear nuestras propias empresas y liderarlas con éxito; no solemos ser buenos para recibir órdenes, pero sí para ocupar altos cargos. Existen varios casos célebres, como el de Paul Orfalea, creador de Kinko, o David Neeleman, creador de la aerolínea JetBlue.⁵

Niños extraordinariamente sensibles

La sensibilidad es otra de las características que suele estar presente en muchos de los niños diagnosticados de TDAH. Voy a diferenciar dos tipos de sensibilidad: la que se refiere a la capacidad para captar las sutilezas del mundo que nos rodea y la referida a la emocionalidad.

Por lo que respecta al primer caso, parece ser que muchos diagnosticados de TDAH tienen una capacidad muy desarrollada para captar detalles que suelen pasar desapercibidos para otras personas. Podríamos decir que son «hipersensibles» o «personas altamente sensibles» (PAS), aunque de nuevo son etiquetas siempre relativas. En una conversación, por ejemplo, son especialmente receptivos a los elementos no verbales, como el tono de la voz, el movimiento, los gestos faciales o la manera

de mirar. Esto les permite detectar con cierta facilidad las mentiras, los intentos de manipulación o la falta de coherencia en los mensajes... Parece que sean capaces de leer la mente del que tienen delante.

Esta alta sensibilidad puede ser una ventaja, pero también puede ser un problema, ya que podemos vernos sobrepasados por el exceso de estímulos o sentirnos heridos al detectar la impostura de nuestro interlocutor. Incluso pequeños detalles que suelen pasar desapercibidos pueden ser vividos con cierta incomodidad; por poner un ejemplo, un día, viendo los dibujos animados con Paula, me llamó la atención que mostraran el número tres dentro de un cuadrado de color rosa. Supongo que no tuvieron en cuenta que el cuadrado en realidad representa el número cuatro, no el tres, y el color asociado al tres es el azul, no el rosa. Esta pequeña incoherencia, imperceptible para la mayoría de personas, a mí me resultó algo molesta.

La constitución simbólica

De las personas que atiendo frecuentemente en mi consulta de problemas de aprendizaje y del comportamiento, me ha llamado la atención que en el caso de las diagnosticadas de TDA/TDAH, todas ellas, sin excepción por el momento, tienen algo en común: primero, tienen reflejos primitivos y posturales aberrantes; segundo, poseen la constitución simbólica. Dichas características solo las he visto compartidas por los disléxicos, lo que nos lleva a entender que existe un claro nexo entre ambas situaciones.

La palabra «constitución» proviene del latín *constitutio*, *-ōnis*, que significa «la esencia y calidades de una cosa que la constituyen como es y la diferencian de las demás». Asimismo, otra palabra que nos ayuda en la comprensión de este concepto es «naturaleza», que significa «esencia y propiedad característica de cada ser». En otras palabras: nuestra naturaleza o constitución es la estructura íntima de nuestro ser, que se expresa en todos los dominios humanos, tanto físicos como psicológicos. El carácter, que se desarrolla con los años, permite ir «afinando» la forma de ser y sentir

(temperamento), pero este último no deja de ser el que es. No es buena o mala en sí misma; simplemente es una biotipología sobre las que edificamos nuestra persona y, dependiendo del uso que le demos, nos hace más vulnerables frente a algunas dificultades, como la dislexia y la hiperactividad, y más fuertes en otros campos. De igual manera, nos condiciona en la forma de aprender, en el tipo de actividad profesional para la cual estamos más dotados y la forma en que nos relacionamos con el mundo y la vida, por lo que conocerla, comprenderla y aceptarla es vital para las personas que la posean.

La constitución simbólica es la naturaleza particular de un tipo singular de personas. Cuando están adaptadas a su medio, la curiosidad, la creatividad y la hipersensibilidad que les distinguen modulan su particular y genuino temperamento, permitiendo que se desenvuelvan con total comodidad tanto en las artes como en las ciencias. Para ellas, arte y ciencia es un todo inseparable, lo cual les permite ver la ciencia que hay en el arte y el arte que hay en la ciencia.

Rafael DE MORA

En cuanto a la sensibilidad entendida como medida del mundo emocional, tampoco podemos establecer un patrón en todos los niños diagnosticados de TDAH. Eso sí, suelen ser niños con un mundo interior muy rico, aunque no siempre saben expresarlo y compartirlo. Tienden a ser muy susceptibles y muchas veces sufren por emociones que ni siquiera son suyas, sino que absorben de la gente de su entorno.

Es tanto lo que desconocemos...

La psiquiatría actual se comporta como aquel que busca bajo la farola lo que ha perdido porque es el único sitio donde hay luz. Es tanto lo que no sabemos sobre nosotros mismos, es tan vasto el espacio desconocido que nos rodea, que es ingenuo creer que todas las respuestas están en nuestro pequeño rincón iluminado. Creo necesaria un poco de modes-

tia (sobre todo por parte de los «expertos») para admitir que no lo sabemos todo, y que lo que creemos saber es susceptible de ser completado o redefinido en el futuro.

Es probable que con el tiempo la psiquiatría abandone el acientífico e interesado paradigma actual y se nutra del progresivo descubrimiento científico de nuestra parte espiritual. Sé que «espiritualidad» es otro de esos «palabros» desgastados por el uso y el abuso, y que cada uno entiende a su manera. Pero para mí es algo real; cuando hablo de espiritualidad, me refiero a ese ámbito del desarrollo humano que nos permite sintonizar con el orden universal y tomar conciencia de que todo está unido.

La corriente *New Age* habla de la llegada de ciertos tipos de niños especiales a los que denominan índigos y cristales, y que algunos han querido relacionar con el diagnóstico de TDAH. Sea como sea, tampoco generalizaría diciendo que los niños así diagnosticados son todos especialmente conscientes. Creo que habrá de todo: niños con una conciencia muy desarrollada que no encajan en el mundo de los adultos por ser este un mundo muy denso e inmaduro, y otros que, precisamente por estar aún en una fase primaria de su desarrollo espiritual, expresan conductas típicas del TDAH. Habrá de todo.

De lo que sí estoy convencido es de que deberíamos estar abiertos al hecho de que parte de nuestros desequilibrios se encuentran en el ámbito espiritual, y que tarde o temprano deberemos abordarlos si queremos sanar completamente. Hoy no es complicado encontrar buenos profesionales que nos ayuden a acceder a las memorias que necesitamos sanar de otras vidas. También es frecuente, sobre todo entre los niños y jóvenes, tener ciertas experiencias que desafían lo que creemos saber, como premoniciones, telepatía o incluso la visión o la audición de ciertas realidades que son invisibles para el común de los mortales. Muchas de las personas que pasan por estas experiencias no se atreven a contarlo por miedo a que los tachen de locos. Aún no ha llegado el día en que dejemos de estigmatizar a los demás por ser diferentes a nosotros.

En este sentido, el psiquiatra Javier Álvarez ha venido desarrollando desde hace veinte años un nuevo enfoque psiquiátrico más inclusivo y

que deje de considerar como patológicas algunas vivencias subjetivas que simplemente no comprendemos.⁶

La *hiperia*, un nuevo paradigma psiquiátrico

Numerosas manifestaciones psíquicas consideradas hasta el presente, bien síntomas de diferentes trastornos psiquiátricos, bien expresión de crisis epilépticas parciales simples, la *hiperia* las interpreta a partir de ahora como manifestación de una función cognitiva de nuestro cerebro que nos da acceso a conocimientos intuitivos y clarividentes.

El proceso de elaboración de esta hipótesis ha sido largo y complejo, comenzando con el estudio de la obra en prosa del más célebre místico y poeta del Siglo de Oro español. No me cansaré de repetirlo: cualquier persona con conocimientos psicopatológicos que lea los doce primeros capítulos del libro segundo de *Noche Oscura* de san Juan de la Cruz comprobará que se describe allí el cuadro clínico de la psicosis maníaco-depresiva –actualmente denominada trastorno bipolar–, con tal riqueza de detalles que uno no puede sino concluir que el monje carmelita está narrando su propia experiencia. Del mismo modo, encontramos en su obra delirios, alucinaciones, vivencias de despersonalización, de pánico, cuadros estuporosos, etc.

Pero es más: estas mismas variadas experiencias psicopatológicas aparecen también en la obra de prácticamente todos los místicos, sea cual sea su época, cultura o religión. Y aún más: encontramos el mismo hecho en los escritos autobiográficos de numerosos filósofos, artistas, científicos y creadores geniales en general.

Todos estos personajes dan cuenta de repentinos accesos de gozo extático o, por el contrario, de ataques de sufrimiento y pena indescriptible, muchas veces alternando sin causa aparente alguna y asemejando, por tanto, lo que en psiquiatría se denomina psicosis maníaco-depresiva o trastorno bipolar. Igualmente, describen

visiones o audiciones (alucinaciones visuales o auditivas) junto con súbitas cogniciones clarividentes e irrefutables, cuadros que no difieren en nada de las psicosis agudas que diagnostican los psiquiatras.

Pero los protagonistas de estos episodios no atribuyen valor patológico a esas experiencias, sino que, por el contrario, todos ellos convienen en que ellas les han resultado muy útiles para llevar a cabo su creación intelectual, religiosa o artística.

Por tanto, ¿por qué interpretar como síntomas epilépticos o psiquiátricos vivencias que han sido base de las creaciones más geniales a lo largo de la historia de la humanidad? ¿Por qué no concebirlas más bien como expresión de una nueva función mental que nos da acceso a repentinas intuiciones clarividentes y/o telepáticas?

Un nuevo paso muy importante en el desarrollo de esta hipótesis lo constituyó el hecho de comprobar que nuestro cerebro produce las sustancias apropiadas para que aparezcan esas vivencias extraordinarias que venimos describiendo. Sí, a poca atención que hayamos prestado nos habremos percatado de que tales manifestaciones psíquicas son las que se experimentan bajo el efecto del consumo de drogas. En efecto, nuestras neuronas responden así a la heroína, a la cocaína, a la mescalina, a las anfetaminas, al alcohol, etc., porque ellas mismas producen esas sustancias en pequeña cantidad y disponen de receptores para que se acoplen allí y produzcan esos efectos.

Por consiguiente, ¿cómo dar connotación de patológicas a manifestaciones psíquicas que nuestro propio cerebro «fabrica» mediante los correspondientes neurotransmisores y neuroreceptores? ¿No sería más lógico concebirlas como la expresión de una incipiente función mental mediante la cual tenemos acceso a súbitos e irrefutables conocimientos intuitivos?

Así pues, hipotetizamos que la *hiperia* es una función cognitiva todavía en vías de desarrollo que, aunque está más evolucionada en determinados grupos de población, en mayor o menor grado la poseemos todos.

Javier ÁLVAREZ

A estas alturas del libro, espero haber conseguido expresar adecuadamente por qué nuestros hijos no tienen una enfermedad llamada TDAH. Eso sí, un análisis sistémico puede revelar elementos que podrían estar interfiriendo en el bienestar y desarrollo del niño, y generando un exceso de movimiento y una dificultad para prestar atención y concentrarse. El siguiente capítulo recoge algunos de ellos y ofrece información y consejos que pueden ser aplicables en el día a día. Por otra parte, recomiendo contactar con buenos profesionales que nos guíen si queremos aplicar cambios importantes y conseguir buenos resultados.

Atención sin medicamentos

«Si hay algo que queremos cambiar en un niño, debemos primero examinarlo y ver si no es algo que sería mejor cambiar en nosotros mismos».

Carl JUNG

El enfoque conductual

El tratamiento conductual es una de las terapias psicológicas más aplicadas y eficaces. Entiende los problemas en términos de comportamientos que pueden ser disfuncionales, disruptivos o inadecuados en relación con determinados contextos, situaciones y tareas. Atender a esto y lo otro, moverse, levantarse del asiento, responder impulsivamente no definen por sí mismos un trastorno ni son síntomas de nada. Su exceso (moverse continuamente), defecto (atención escasa) o inadecuación (interrumpir cuando se debiera esperar) es lo que puede suponer un problema, siempre en función del contexto y tareas implicadas.

El enfoque conductual lleva a cabo un *análisis funcional de la conducta*, tanto de la conducta problemática como de la adecuada, que también ocurre y no debiera pasar desapercibida. De hecho, es más eficaz fomentar la conducta adecuada (hasta ahora escasa y dada por hecha) que tratar de extinguir la inadecuada, como cuando se habla de reducción de síntomas. El aumento de la conducta adecuada trae consigo la disminución de la inadecuada, que pasaría a segundo plano. El análisis funcional consiste en identificar las condiciones, antecedentes u ocasiones en las que tienen lugar las conductas y las condiciones consecuentes o efectos que ocurren a continuación. Mientras que las condiciones antecedentes propician, o no, determinadas conductas (distracción o concentración), las condiciones consecuentes, según lo que suceda, pueden reforzar la conducta inadecuada (hacer algo entretenido que no es lo

que «toca» en aquel momento) y debilitar la adecuada (cuando pasa desapercibida).

El análisis funcional se lleva a cabo mediante observaciones directas cuando sea posible, entrevistas a padres, profesores y al propio niño y autoobservaciones para las que son instruidos y provistos con hojas de registro. El análisis de las conductas de acuerdo a lo que pasa antes (sitios y momentos en los que ocurre) y lo que pasa después viene a ser toda una «radiografía psicológica». La cuestión es que el análisis funcional sirva y sirva para disponer las condiciones que propicien las conductas deseadas (ambientes facilitadores, tareas atractivas, reglas claras) y disminuyan las inadecuadas (reducción de estímulos distractores), como rutina. No por hacerlo unas cuantas veces es suficiente. La idea es que la atención y el autocontrol se aprenden si se dan las condiciones que los faciliten. En lo que respecta al entrenamiento en autocontrol, el enfoque conductual enseña cómo regular la propia conducta, en lo que es importante el aprovechamiento de las funciones regulatorias del propio lenguaje, es decir, lo que uno debe decirse a sí mismo como autoinstrucciones que pautan y guían las acciones.

La escuela

La escuela y la sociedad en general fomentan la desatención, el nerviosismo y todas esas conductas que se etiquetan como TDAH. Les pedimos que se pasen seis horas sentados en un pupitre, en una sala hecha de cemento iluminada con luz artificial, cuando tendrían que estar corriendo, subiendo a los árboles y jugando en el barro. Al cabo de los años, es normal que se generen problemas de atención y de movimiento, y a la larga problemas incluso más serios. Además, tanto las escuelas como las ciudades en las que se encuentran suelen ser espacios reducidos, alejados de la naturaleza, carentes de belleza y armonía, más pensados para el almacenaje de personas que no para satisfacer nuestras necesidades reales. Las paredes de los edificios no solo son barreras arquitectónicas, sino que son barreras para la mente.

La escuela ha de salir del edificio y estar en contacto con el bosque, la tierra, las plantas, el aire, el sol, los animales.

La escuela y los espacios verdes

Cada vez existen más pruebas científicas de que el contacto con la naturaleza provee al ser humano de una mejor salud física e incrementa nuestras habilidades cognitivas. Jordi Sunyer, científico del Centro de Investigación en Epidemiología Ambiental (CREAL), investigó hasta qué punto las partículas ultrafinas del tráfico rodado influyen en el desarrollo cognitivo de los niños, y concluyó que cuanto mayor es la proporción de zona verde en y alrededor de la escuela mejor es el desarrollo cerebral del niño, y afecta de una manera especialmente positiva a su memoria y su capacidad de atención.¹

Este estudio viene a corroborar los resultados de un estudio de seis años de duración realizado en novecientas cinco escuelas públicas de Massachusetts, que reveló que los estudiantes que disfrutan de más zonas verdes suelen alcanzar mejores resultados en los exámenes de matemáticas e inglés.²

La escuela es el lugar donde comienza a gestarse el diagnóstico de TDAH, y en parte se debe a que, tal como está montada actualmente, no puede asumir la heterogeneidad de los comportamientos infantiles; no es lo suficientemente flexible para adaptarse a los niños y les exige que sean ellos los que se adapten a su ritmo y sus normas. En este contexto, el diagnóstico psiquiátrico muchas veces se encarga del trabajo sucio: o encajas y eres considerado normal o prepárate. Siempre ha habido niños «en la luna de Valencia» o que son un «culo de mal asiento», pero mientras que antes se les consideraba «vagos», «trastos» o «despisados», ahora se les suele convertir en enfermos mentales.

John Holt, famoso defensor de la escolarización en casa, dijo en 1970: «¿Sería posible que una de las causas (del diagnóstico del TDAH) sea el hecho de que hemos tomado a niños vivaces y llenos de energía, ansiosos de ponerse en contacto con el mundo y aprender sobre él, los hemos metido en salones de clases estériles con maestros que en general no los quieren, no los respetan, no los comprenden ni confían en ellos,

restringimos su libertad de palabra y sus movimientos a un grado que se juzgaría excesivo e inhumano en una prisión de máxima seguridad, y que sus maestros no podrían tolerar ni estarían dispuestos a aceptar? Luego, cuando los niños se resisten a este trato que embrutece y entorpece, y se alejan de él con enojo, asombro y terror, decimos que están enfermos con trastornos “complejos y mal comprendidos” y procedemos a dosificarlos con drogas poderosas que de hecho son complejas y sobre cuyos efectos a largo plazo sabemos muy poco o nada, con el objeto de que estén más dispuestos a hacer las tonterías que las escuelas les piden que hagan».

Además, cada vez se les está exigiendo que maduren más pronto; el control de los esfínteres, la adquisición del cálculo y del lenguaje, etc., cada vez han de ser adquiridos con más velocidad y, cuando un niño no entra en los parámetros establecidos, saltan las alarmas y se pone a trabajar la maquinaria diagnóstica (TACs, resonancias y pruebas de todo tipo) con el objetivo de ponerle una o varias etiquetas. Hace unas décadas se entendía que a los seis años un niño se hiciera pipí, pero ahora si un niño se hace pipí en preescolar probablemente llamarán a sus padres para avisarles de que algo no va bien. En primaria la cosa es aun mucho más rígida, ya que el sistema no puede permitirse esperar a un niño que no sigue el ritmo marcado. Pero lo que no va bien es este sistema tan rígido, que está causando estragos en niños totalmente normales, pero que tienen un ritmo de maduración particular. Desde el momento en que un niño entra en la escuela a primera hora, todo debería de estar preparado y acorde a sus necesidades, su ritmo de aprendizaje, de memoria, de juego, etc. Porque, si cada niño es diferente, ¿por qué la educación es igual para todos? Tal vez esto se deba a que el sistema educativo actual se ideó durante la revolución industrial y se enfocó a preparar a los trabajadores que luego engrosarían las fábricas. Nos cortan a todos con el mismo patrón: el de ser simples trabajadores-consumidores.

En mi opinión, es hora de que la escuela revise su dirección y sus prioridades y se centre en ayudar a los niños a ser individuos libres, dándoles espacio para que desarrollen su curiosidad, para que experimenten, para que se conozcan a sí mismos. Si uno desea que su hijo vaya a una escuela así, deberá buscar en sistemas educativos alternativos,

o tener la suerte de encontrar educadores comprometidos, que los hay. Pero hay que contar con que las escuelas públicas se subvencionan con dinero público, y tanto los profesores como el psicopedagogo actúan dentro de los protocolos que les dicta el Estado, que van en la dirección de la psiquiatría acientífica actual.

Tanto profesores como psicopedagogos deberían ser la primera línea de defensa entre el niño y el diagnóstico de TDAH; ellos tienen la clave para evitar que lleven al niño al médico y ese le haga un diagnóstico que le crucifique de por vida. Por eso creo que es importante que los padres hablemos con ellos, nos interese por su manera de pensar sobre este tema y les hagamos saber que esperamos que cumplan con su responsabilidad, y que en caso de que surja algún problema estamos dispuestos a colaborar y a buscar soluciones. Además, es importante que dejemos claro que solo nosotros podemos dar el consentimiento para realizar cualquier tipo de evaluación sobre la salud mental de nuestro hijo.

El profesor, además, tiene el reto de hacer interesante y ameno aquello que enseña. Una carta irónica del pediatra Daniel Zeider en la revista *Pediatrics* en 1995 proponía la creación del «trastorno por déficit del maestro», que se daría cuando los niños manifiestan inquietud o inatención en clase y que debería ser tratado medicando al maestro para «acelerarlo y hacerlo más dinámico y más interesante para sus estudiantes». Todos hemos tenido algún profesor especial, que nos marcó por su personalidad y su manera de enseñar. En mi caso se llama Pere Cornellà y fue mi profesor de tutoría, matemáticas y ciencias naturales en séptimo. Ya desde el primer día notamos que Pere no era como los otros profesores que habíamos tenido. Era una persona cercana y dialogante..., incluso un poco *hippy* (luego supimos que venía del escultismo). Lo cierto es que no éramos un grupo fácil, pero él supo cómo generar un buen clima. Su filosofía era que el temario es importante, pero la armonía del grupo lo es también, por lo que dedicábamos tiempo de clase hablando de los conflictos que teníamos y buscando soluciones entre todos. También fue el primero en darnos responsabilidades con materiales e incluso con dinero, y hasta se atrevió a programar una salida el día de Sant Jordi entre miles de personas. Pere alivió mucho mi situación personal en la escuela, tanto que hoy, veinticinco años después, aún lo recuerdo con cariño.

Sentirse bien en clase

Os propongo un sencillo ejercicio: intentemos pensar, durante unos instantes, en una definición para el *alumno «normal»*. Si en la búsqueda de nuestra definición incluimos frases del estilo “el alumno que atiende en clase”, «el que obtiene buenos resultados académicos», «el que no molesta» o «el que siempre hace los deberes», es que vamos desencaminados. Esa «normalidad» es la que ha abocado a multitud de alumnos «no normales» al fracaso escolar. Y me refiero tanto a los alumnos que están por debajo de esa franja «normal» como los que están por encima (aunque bien es cierto que en las escuelas se tiende a igualar a los alumnos «por debajo» –ya entendéis a qué me refiero). En definitiva, esa «normalidad» es la que provoca las mayores desigualdades. Olvidémonos, pues, de ella y admitamos, simplemente, que en nuestras aulas hay alumnos diferentes a los que debemos dar respuesta y atención. A todos ellos.

Una de las cosas que me preocupó desde los primeros años de ejercer como maestro fue la necesidad de que mis alumnos se sintieran bien en clase. Pronto me di cuenta de que los aprendizajes menos importantes que se realizaban en el aula eran los que correspondían a los contenidos curriculares. Lo que realmente importa es el desarrollo personal de cada individuo, de sus capacidades, de sus competencias. Algunos de los recursos que a mí me han funcionado son:

- crear un buen clima en el aula: favorecer que todos se sientan a gusto;
- repartir responsabilidades entre todos los alumnos: les hace partícipes del desarrollo de la clase e incrementa la sensación de pertinencia al grupo;
- «perder» ratos en clase para permitir que los alumnos expresen sus sentimientos, sus sensaciones, sus problemas... Y encontrar las soluciones entre todos;

- escuchar a los alumnos, dialogar: es importante que los alumnos sepan que estás a su lado para escuchar todo lo que tengan que decir, por trivial que parezca;
- permitir el error: no hay nada peor que infundir a los alumnos el miedo a equivocarse (y es lo que solemos hacer en los centros educativos); si tememos equivocarnos, nunca probaremos cosas nuevas y, por lo tanto, no tendremos la capacidad de encontrar respuestas creativas a los problemas planteados.

En definitiva, no hay mejor consejo que el de estar interesados por los intereses de los alumnos. Es una buena fórmula para conectar con ellos. Y, en ese terreno, las tecnologías adquieren un gran protagonismo. Me parece inadmisibile que todavía hoy haya profesionales de la educación que se vanaglorien de resistirse al uso de la tecnología en sus aulas.

Nuestro sistema educativo está pidiendo a voces un cambio metodológico que sea integrador de todas las «normalidades» y las «no normalidades» de nuestros alumnos. En este sentido, y relacionado con el interés de los jóvenes por los juegos en general y por los videojuegos en particular, estoy aplicando la *gamificación* como metodología que revolucione mis aulas. No se trata de otra cosa que convertir el aula en un terreno de juego; significa transformar el proceso docente en una aventura donde todos los alumnos-jugadores y el docente-director de juego aceptan unas reglas de juego que les entusiasme e involucre en el proceso docente de una forma divertida.

Os animo a explorar esa y otras metodologías que nos permitan dar un vuelco a la educación. Salgamos de nuestra zona de confort. Convirtamos nuestros centros de educación en centros de aprendizaje. La Educación nos lo agradecerá...

Pere CORNELLÀ

A las propuestas de Pere, yo añadiría algunas enfocadas a los niños especialmente movidos:

Algunas herramientas para niños nerviosos en clase

- Reducir los estímulos visuales y sonoros dentro del aula.
- Crear estímulos de novedad constantes; esto es el aliado de todo maestro.
- Permitir que ciertos alumnos tengan objetos o herramientas que les permitan realizar movimientos monótonos con el fin de integrar la información.
- Permitir que los alumnos nerviosos tengan lugares o herramientas como sillas movibles (tipo balancín), columpios con pupitres adaptados, bicicletas estáticas adaptadas o un espacio en la parte trasera del aula donde poder caminar.
- Prestar atención a la coherencia a la hora de relacionar colores, formas/figuras, números y sonidos.
- Propiciar espacios y momentos para la relajación y la observación interior.

La escuela debe cambiar mucho para convertirse en un lugar realmente adecuado para nuestros hijos. Por ejemplo, los niños, ya sean nerviosos y desatentos o no, deberían salir cada día fuera de clase; visitar el bosque, el mercado, etc. Después, en clase, se pueden tratar las materias a través de aquello que se ha experimentado. De la misma manera, sería muy beneficioso un énfasis en las enseñanzas prácticas que les sirvan para manejarse en el día a día, así como del trabajo de la inteligencia emocional, la empatía, las técnicas de socialización, etc. Y por último, aunque no menos importante, creo firmemente que es necesario eliminar la competitividad en las aulas. No es justo evaluar a todos los niños por igual y luego clasificarlos por niveles, infiriendo que unos son mejores que otros. El educador Pablo Lipnizky lo expresa genialmente en esta frase: «Todo el mundo habla de paz, pero nadie educa para la paz. La gente educa para la competencia, y la competencia es el principio de cualquier guerra».

La familia

Muchos niños se muestran inquietos y no logran concentrarse porque están viviendo situaciones difíciles, ya sea en la escuela, en la calle, en casa o en cualquier otro lugar. Para muchos niños, el mundo es un lugar incierto y lleno de peligros, y no les es fácil manejarse en el día a día. En el colegio tienen que lidiar con las exigencias de los profesores y tal vez con problemas con sus compañeros, y en casa también es habitual que tengan que lidiar con incomprensión, discusiones, separaciones, tener que alternar la casa de un padre a la del otro, pobreza, etc.

Todos los niños necesitan una familia respetuosa y amorosa; no es algo exclusivo de los niños diagnosticados de TDAH. El psicoanalista Donald Winnicott afirmó: «La vida es un camino de la dependencia total a la independencia total. Y, para lograrlo, es fundamental el papel que desempeñan papá y mamá». Durante la infancia se establecen las bases de la personalidad y los padres son las figuras de referencia más importantes. «Los niños necesitan identificarse con los adultos –apunta Joseph Knobel–. Si una madre está muy deprimida durante los primeros años de su hijo, este tiene más riesgo de desarrollar una personalidad depresiva. Si la madre, en cambio, lo cuida suficientemente bien (algo que suele pasar sin problema si la madre está suficientemente bien de ánimos), probablemente el futuro adulto sea una persona optimista y con buena autoestima».³ Los buenos cuidados durante la infancia (incluso durante el desarrollo intrauterino) pueden evitar muchos problemas psicológicos cuando el niño crezca.

Cuando nació Paula me propuse evitar que tuviera que pasar por la situación familiar que yo viví cuando era niño; supongo que por eso, cuando nació, experimenté un sinnúmero de dudas que desembocaron en un ataque de pánico: «¿Seré lo suficientemente bueno para ella?», «¿Le causaré algún perjuicio con el que tendrá que lidiar toda su vida?». Al final llegué a la conclusión de que lo único que uno puede hacer es dar lo mejor de sí mismo y aceptar que alguna vez nos equivocaremos, porque no somos perfectos. Ahora, cuando veo como es Paula, me doy cuenta de que tan mal no se nos está dando.

Los niños no solo necesitan un techo, ropa y comida, sino que también tienen unas necesidades emocionales y educativas. Necesitan que estemos con ellos, que juguemos, cantemos, dibujemos, les leamos cuentos, etc. También es importante que participen de las tareas de la casa y que asuman responsabilidades. En una entrevista en el portal de la organización No Gracias, Joseph Knobel afirma: «Los padres de la actualidad deberían dedicar más tiempo a sus hijos; deberían poder hacer más cosas con ellos. Tomemos una situación cotidiana: uno de los padres debe preparar la cena; ¿le pide al hijo que lo ayude y de paso cocinar para padre y niño se transforma en una actividad divertida, o lo pone frente a una pantalla para cocinar más rápido?». ⁴

Me parece muy triste que el ritmo de vida actual no permita a los padres estar con sus hijos todo el tiempo que querrían y deberían. Muchos pequeños suelen pasar el día en la escuela y luego con los abuelos, canguros y actividades extraescolares, y solo ven a sus padres cuando estos llegan del trabajo cansados y sin demasiadas ganas de nada. Nos puede servir de consuelo pensar que, en cualquier caso, lo más importante no es la cantidad sino la calidad del tiempo que pasamos con ellos.

¡Vamos a la cama!

El ámbito familiar sentará las bases de la vida adulta del niño, por lo que ya desde pequeño es necesario que aprenda buenos hábitos. Uno de los más importantes es el sueño; cuando fijamos un horario para ir a la cama y duerme las horas necesarias, evitamos problemas de crecimiento, y también cognitivos y afectivos (fallos de memoria, falta de concentración, mal humor, irritabilidad, etc.).

La alimentación es uno de nuestros aliados a la hora de favorecer el sueño. Es recomendable una cena rica en hidratos de carbono, y dejar la proteína para el desayuno y el almuerzo. También facilitan el sueño los alimentos ricos en triptófano, como la fruta (plátanos, aguacates y piña), los frutos secos (nueces, cacahuetes y almendras), etc. Incluso contamos con las infusiones de archi-

conocidas plantas medicinales como la manzanilla, la valeriana, la pasiflora, la melisa, la nepeta cataria o el lúpulo.

Una técnica que a mí me ha funcionado muy bien con Paula, es, en esos días en que, por el motivo que sea, se va a la cama nerviosa, en lugar de yo leerle un cuento, me lo lee ella a mí, o incluso le pido que se invente uno. Con eso logro que su cerebro trabaje y quemar buena parte de esa energía.

Otro gran aliado del sueño es el ejercicio físico... ¡Se duermen como angelitos!

Los niños muy movidos suelen tener un efecto de propagación en su entorno; pueden producir ciertas fricciones y desgaste entre los miembros de la familia, en especial en la pareja. La clave está en no tomárselo como algo personal, ya que generalmente el niño no lo hace para fastidiar. Es necesario que pongamos un verdadero empeño en observarles, escucharles y establecer una relación abierta y sincera con ellos. No son «solo niños», y tampoco son «nuestros». Son seres inteligentes y sensibles que necesitan que se les tenga en cuenta, se les expliquen las cosas y se respete su espacio.

La relación con nuestros hijos es también una oportunidad para crecer y descubrirnos a nosotros mismos. Puede ser una experiencia maravillosa.

La «sobreestimulación»

Vivimos en una sociedad frenética, llena de miles de estímulos que tratan de llamar nuestra atención. Mires donde mires hay un cartel, una pantalla, un escaparate... Bien podríamos decir que sufrimos una «infointoxicación». Pero no solo se trata de la cantidad, sino también de la cadencia con la que se nos presentan los estímulos. Los videojuegos, la televisión, la publicidad o Internet nos han acostumbrado a un ritmo vertiginoso, lo cual claramente no favorece la atención sostenida, la paciencia y el autocontrol. En *El reto de ser padres*, Joseph Knobel dedica un apartado al TDAH, y en cierto momento dice: «Claro que hay niños

que son más movidos, dispersos e impulsivos (los tres grandes síntomas del presunto TDAH) que otros. Niños que, para su edad, ya tendrían que estar un poco más tranquilos y deberían concentrarse mejor. Insisto, es normal que un niño de tres o cuatro años sea movido, impulsivo, disperso. Y es cierto que los niños de más de cinco o seis años ya no tendrían que ser tan impulsivos ni ir tanto a la suya, y deberían concentrarse en las tareas que realizan. Pero su problema no tiene un origen cerebral. Son movidos, dispersos e impulsivos porque vivimos en una sociedad movida, dispersa e impulsiva. Una sociedad acelerada en la que los niños llevan un ritmo de vida acelerado y están hiperestimulados (televisión, Internet, videojuegos) y en la que muchos padres no ponen los límites adecuados a sus hijos. Estos son los factores que explican que cada vez haya más niños muy movidos». ³

Antes la vida era más lenta, lo que permitía más tiempo para la observación, la experimentación y la integración de los diversos estímulos. Propongo al lector que vuelva a ver alguna de las series de dibujos animados que emitían hace treinta años y verá que probablemente le parezca lenta e incluso aburrida.

Dibujos animados hiperactivos

Una investigación de la Universidad de Virginia dirigida por la psicóloga Angeline Lillard ha analizado el impacto de algunas series de televisión actuales en la capacidad de aprendizaje de los niños pequeños. Para ello seleccionaron a sesenta niños, que se distribuyeron al azar en tres grupos; al primero se le proyectó *Bob Esponja*, al segundo *Caillou* (otra serie de dibujos animados con un ritmo más lento), y a los niños del tercer grupo les dieron lápices para dibujar. Acto seguido, se les sometió a todos a una serie de pruebas en las que se observó que los niños que vieron *Bob Esponja* presentaban una conducta más acelerada y obtuvieron peores resultados en las pruebas en comparación con los que vieron *Caillou* y los que dibujaron, cuyos resultados fueron idénticos. La Dra. Lillard concluyó que algunos programas de televisión pueden ser más dañinos

que otros y generar déficit de atención y problemas de aprendizaje en los niños.⁵

Obviamente, en comparación al ritmo tan acelerado de estos dibujos (también de las películas, videojuegos o Internet), la manera en que se les presenta la información en la escuela les parece aburrida.

Por otro lado, en el medio escolar no se suele tener en cuenta esa «hipersensibilidad» propia de algunos niños, y que puede desembocar en una falta de atención debida al exceso de información que hay en el aula. Imaginemos a un niño muy sensible tratando de integrar la información que le llega de sus veinticinco compañeros y de los mapamundis, los pósters y las demás formas y colores. A esto sumémosle las fuentes de luz artificial (que también saturan fácilmente nuestros sentidos), o las distintas redes de telefonía, redes eléctricas, sistemas wifi..., y si somos aún más escrupulosos, también deberíamos tener en cuenta la información que reciben a través de los alimentos que toman para desayunar, y que suelen ser excitantes (cereales refinados, lácteos, azúcares, cacao, etc.).

Chromagem

Hace varios años, una terapeuta que conocí en Canarias me habló sobre un sistema llamado Chromagen, que consiste en filtrar la entrada de información lumínica en los ojos para evitar que la persona se vea saturada o sobrecargada de información. Esto favorece la capacidad para concentrarse en una tarea, y también ha demostrado ser útil en la retención y comprensión de la información.

Este método fue creado por el laboratorio óptico oftalmológico inglés Cantor+Nissel para solucionar problemas o patologías oculares, pero con el paso del tiempo se aplicó con éxito a personas con diagnóstico de dislexia o problemas de atención e

hiperactividad. Es por este motivo que cada vez es más frecuente encontrar a profesionales de la educación y la psicología que lo usan para completar sus terapias y obtener mejores resultados.

La alimentación

Hasta que me detectaron el primer cáncer nunca fui realmente consciente de la importancia de la alimentación y de lo mal que solemos comer. Desde pequeños generalmente se nos enseña a saciar el apetito, pero no a nutrirnos correctamente, a lo que hay que sumar los importantes cambios en nuestros hábitos alimentarios que ha habido en las últimas décadas, y que no siempre han sido para bien.

La alimentación no solo está relacionada con nuestra salud física, sino también con nuestra mente y nuestras emociones; el cerebro y las demás áreas relacionadas necesitan los nutrientes que ingerimos a través de la comida, para desarrollar correctamente sus funciones. Está comprobado, por ejemplo, que saltarse el desayuno afecta al rendimiento cognitivo.

Es evidente que hay alimentos potenciadores de la relajación y la atención, y otros que actúan de manera opuesta. La bollería y los cereales industriales, los refrescos y la mayoría de los llamados «productos de conveniencia» (los que encontramos en los supermercados) están cargados de azúcar, que es un potente excitante. Al comer alimentos con gran cantidad de azúcar, la glucosa en sangre aumenta y el páncreas segrega insulina para retirar la glucosa y llevarla a las células, lo que causa hipoglucemia reactiva. A la vez, el cuerpo responde aumentando la adrenalina, por lo que se activa la respuesta de «luchar o huir», que comporta agresividad, hiperactividad, pérdida de la capacidad de atención e inestabilidad emocional. Si bien el cerebro necesita un aporte de glucosa constante, siempre es mejor comer carbohidratos integrales, ya que los asimilamos más lentamente y además contienen todos los nutrientes.

Que tu alimento sea tu medicina

«Que tu alimento sea tu medicina», reza el juramento hipocrático. Es triste que los médicos ya no estén obligados a realizarlo, y que no reciban una formación exhaustiva sobre la vinculación entre la enfermedad y los malos hábitos alimentarios. Es más bien una vergüenza que no sea así y que se gradúen sin tener profundos conocimientos en este sentido. De la misma manera, es tan o más vergonzoso que los médicos no sigan a rajatabla la máxima hipocrática que dice «*Primum non nocere*» (primero no hacer daño). El Dr. Peter C. Gøtzsche, autor del libro *Medicamentos que matan y crimen organizado*, prologado por el director del Instituto de Farmacología de Catalunya, Dr. Joan Ramon Laporte, afirma que los medicamentos ya son la tercera causa de muerte, por detrás del cáncer. Sin ir más lejos, muchos de los niños diagnosticados de hiperactividad están siendo tratados erróneamente con medicamentos que pueden provocar obesidad, diabetes prematura, colesterol, triglicéridos e incluso la muerte..., daños reconocidos y publicados en la revista SIETES, del Instituto de Farmacología de Catalunya.

Creo que muchos de los diagnósticos de hiperactividad se deben en buena parte a este tipo de comida y bebida. Muchos de los problemas de nerviosismo y apatía de nuestros hijos se puede solucionar con una dieta alcalinizante y flexible, a la que podemos añadirle hierbas medicinales como la *Nepeta cataria*, o complementos como el *Ginkgo biloba*, el omega-3 y el magnesio.

Luigi Frigo, maestra de una escuela de Wisconsin (EE. UU.), donde la hiperactividad y la obesidad estaban a la orden del día, realizó un experimento consistente en alimentar a dos grupos de ratas, uno con la comida basura que suelen llevar los niños para desayunar en la escuela (pastelería industrial, bebidas azucaradas, etc.) y el otro con cereales integrales, queso, etc. A los pocos días, el primer grupo comenzó a comportarse de manera violenta,

y cuando pasaron dos meses comenzaron a matarse entre ellas. Mientras tanto, el segundo grupo, que comía alimento natural, llevaba una vida tranquila. Gracias a este experimento, aquellas escuelas y las familias de los niños decidieron cambiar sus hábitos alimenticios e incluso se eliminaron todos los dispensadores de bebidas y chucherías.

El mayor legado que podemos dejar a nuestros hijos y nietos es el de inculcarles unos buenos hábitos alimentarios, que les permitan preservar su salud, tener una mejor calidad de vida y disfrutar de una sabrosa cocina. Porque me parece terrible ver millones de niños muriéndose de hambre, mientras occidente está lleno de obesos. Obesos que acaban desnutridos y enfermos por la adicción a los productos industriales desnaturalizados que se han normalizado por la publicidad engañosa que nuestras autoridades permiten sin ningún escrúpulo.

Josep PÀMIES

Me gustaría destacar tres factores relacionados con la alimentación que pueden estar propiciando estados de malestar, nerviosismo y desatención en el niño: un déficit de nutrientes, la presencia de toxinas en el cuerpo y ciertas reacciones adversas a algunos alimentos.

Comencemos con el déficit de nutrientes. El tipo de alimentación actual puede conllevar fácilmente una falta de vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales, lo cual afecta al comportamiento. La solución suele ser una alimentación rica en nutrientes, y también tomar ciertos suplementos alimenticios. Para hacerlo de forma correcta, es aconsejable que nos pongamos en manos de un buen nutricionista para que nos guíe en el proceso.

Los suplementos más utilizados para regular el nerviosismo y la dificultad para la atención son los suplementos minerales (zinc, magnesio —se le considera el mineral antiestrés—, hierro, iodo, calcio, etc.); las vitaminas (A, B, C, D y E); los aminoácidos (triptófano, treonina, metionina, valina, lisina, leucina, fenilalanina y isoleucina); y los ácidos

grasos esenciales omega-3 y omega-6. Para una buena absorción de estos últimos, es recomendable no comer grasas «trans» o hidrogenadas, usando aceite de oliva virgen extra y evitando los alimentos procesados.⁶

En segundo lugar, aunque el organismo tiene sus propios métodos para deshacerse de los agentes tóxicos, a veces hay que echarle una mano para prevenir o eliminar intoxicaciones. De nuevo, lo mejor es ponernos en manos de un profesional que determine la presencia de estas sustancias. Es primordial que estudie la presencia de metales pesados (muy neurotóxicos) en el organismo, como el mercurio, el aluminio o el plomo, y que analice los niveles de elementos necesarios, como el magnesio, el cromo, el zinc o el manganeso. En el caso de intoxicación por metales pesados, podemos ayudarnos de alimentos como la *espirulina*, el *fucus*, la *chlorella*, las manzanas, las zanahorias, los ajos, las cebollas, los huevos, el cilantro y los cítricos en general.⁶

Es de vital importancia mantener la limpieza y la regulación del aparato digestivo, y en especial del intestino, lo cual nos evitará problemas con el sistema inmunológico y por la proliferación de candidas. El aparato digestivo y el cerebro están íntimamente unidos; de hecho, al aparato digestivo se le conoce como «el segundo cerebro» y tiene un papel fundamental en la regulación de las emociones y, por lo tanto, del comportamiento. La microflora intestinal está formada por microorganismos que se encargan de la digestión y la absorción de nutrientes, así como de la protección ante organismos extraños, como el hongo *cándida*. Cuando esta flora se destruye (sobre todo por el abuso de antibióticos o por una dieta inadecuada), las candidas se propagan y suben por el tracto intestinal, lo cual destruye la mucosa. Esto genera agitación, insomnio e irritabilidad. En ese caso hay que evitar alimentos que contengan levadura, los frutos secos, el azúcar, los refrescos, los lácteos, las setas y el vinagre; y se aconseja tomar hoja de olivo, ácido caprílico, aceite de orégano o extracto de semillas de pomelo.⁶ También es aconsejable el uso de probióticos, prebióticos y simbióticos, que son productos alimenticios desarrollados para restaurar la flora intestinal.

Otra posible causa de los comportamientos asociados con el TDAH es el síndrome del intestino permeable. Este ocurre cuando las paredes

intestinales se inflaman tanto que crecen las aperturas entre las células de la barrera intestinal, lo que permite el paso al torrente sanguíneo de toxinas, microbios y otros elementos indeseados. Cuando eso ocurre, el sistema inmunitario tratará de eliminarlos creando una serie de alteraciones que pueden hacer que el niño se sienta intranquilo e incapaz de concentrarse. Como siempre, deberemos ponernos en manos de un buen profesional, que probablemente nos propondrá un cambio de dieta y el uso de probióticos, prebióticos y simbióticos para restablecer el orden intestinal.

Por último, hay que tener en cuenta que ciertas alergias o intolerancias pueden provocar nerviosismo y malestar en el niño. Algunas de las más comunes son las reacciones adversas al gluten, a la lactosa, a la caseína, a la soja, al pescado, al marisco o al huevo. Lo que ocurre es que, al no digerir bien ciertos alimentos, estos pasan a la sangre y ponen en alerta al sistema inmunitario, igual que ocurre con el síndrome del intestino permeable.

¡Cuidado con los aditivos químicos!

La farmacéutica alemana Hertha Hafer comenzó a interesarse por la relación entre la alimentación y la conducta cuando su hijo fue diagnosticado de TDAH. En cierto momento, dio con los estudios del doctor Feingold, quien había denunciado que buena parte de los problemas de atención y el exceso de movimiento se debían a la ingesta de salicilatos, aditivos y colorantes. La Dra. Hafer siguió esta línea de investigación y comprobó como el comportamiento de su hijo mejoraba notablemente al eliminar de su dieta un tipo de aditivos alimentarios llamados fosfatos (identificados por las siglas E-338, E-339, E-340, E-341, E-342 y E-343), que son usados habitualmente como conservantes, emulsionantes, estabilizantes o espesantes en la leche y en quesos fundidos, en algunos productos cárnicos (embutidos, patés y fiambres) y en algunos tipos de pan y repostería. También hay ciertos alimentos que contienen altos niveles de fosfato de manera natural, como las lentejas, los guisantes,

la yema de huevo, el chocolate o las setas. Y está presente como acidificante en los refrescos, en forma de ácido fosfórico; este tipo de bebidas, además, suele llevar ácido cítrico y azúcar, que potencia el ácido fosfórico.⁶

Pero no es solo lo que comemos, sino la manera en que comemos. Las prisas no son buenas tampoco en la alimentación, y menos si lo que queremos es que los niños se relajen. Tomémonos el tiempo necesario para preparar los alimentos y luego comer tranquilamente, masticando correctamente.

El arte como terapia

Siempre me ha acompañado un fuerte impulso artístico, aunque no siempre ha sido bien entendido... De pequeño pinté con rotuladores todo el techo y las paredes de mi habitación. Era más bien un dibujo abstracto; una gran cabeza dominaba el centro del techo para, con su cuello, rodear a modo de círculos todo el resto del espacio. A mí me gustaba, le daba un toque personal, pero mis padres no lo apreciaron igual y acabaron empapelando y poniendo corcho en las paredes. Duró poco, ya que no tardé en descubrir que el corcho tenía unas formas muy curiosas y las reseguí todas con un bolígrafo. Esta vez, mis padres desistieron de volver a tapanlo. Desde entonces, he refinado un poco este impulso artístico, y he hecho de él mi profesión. En mis cuadros trato de plasmar el vector geométrico de las cosas, buscando la unión entre el arte y la ciencia.

Es sabido que el arte es una potente vía para expresar nuestro mundo interior, y que incluso puede ayudarnos a sanarlo. El uso del arte como método de sanación es lo que se llama «arteterapia»; es una vía para expresarnos creativamente con el fin de explorar nuestro interior y mejorar nuestro cuerpo, nuestra mente y nuestras emociones. Para ello se usan las artes plásticas, la música, el vídeo, la fotografía, la literatura, el arte dramático y muchas otras disciplinas. Generalmente no es necesario conocer la técnica artística previamente.

Las rutinas y ritmos de trabajo ayudan al niño a canalizar e integrar el exceso de energía y a trabajar la atención y la concentración, a la vez que les proporciona responsabilidades y límites definidos. Por otro lado, la práctica artística también aporta una constante novedad, por lo que es un aliciente para captar la atención.

A medida que el niño progresa en la actividad artística, siente que es capaz de hacer mucho más de lo que creía, y esto le hace sentirse más seguro, más tranquilo, y pierde el temor a afrontar nuevos retos y a cometer errores.

De entre todas las artes (con el permiso de la pintura), siento una especial afinidad por la música. Es un arte capaz de conmovernos de una manera muy poderosa. A nivel terapéutico, la música puede utilizarse para mejorar o restablecer las capacidades físicas y psicológicas: mejora el ritmo respiratorio, el ritmo cardíaco y ayuda a restablecer los ritmos biológicos, a la vez que mejora la afectividad, la conducta y la comunicación. En mi caso, me enamoré de la batería con doce años y he tocado con varias bandas. Observé que ciertos ritmos y tempos me hacían sentir más seguro y motivado, lo cual me llevó a desarrollar un método de batería destinado a facilitar la integración fiscoemocional de personas diagnosticadas de TDAH, dislexia y/o autismo.

El ejercicio físico

Nunca he hecho mucho ejercicio físico, pero es fundamental para el buen funcionamiento del cuerpo y la mente: mejora la circulación, tonifica los músculos, aumenta la autoestima y la motivación, etc. Al practicar algún deporte, los niños, además, aprenden a coordinar sus movimientos, estimula su crecimiento, aprenden límites y reglas, aprenden a trabajar en equipo, y en el caso de los niños con mucha necesidad de movimiento, el ejercicio físico les ayuda a sacar toda esa energía que tienen dentro y les ayuda a relajarse. Al igual que el arte y tantas otras actividades, el ejercicio físico (y más si se realiza en el contexto de un deporte) también contiene el elemento de la superación, lo cual ayuda al niño a sentirse más seguro y a afrontar nuevos retos con más confianza.

Si estamos pensando en apuntar al niño o niña a un deporte, creo que lo principal es que hablemos con ellos sobre sus gustos y preferencias, y así decidir dónde apuntarlo. Normalmente, cuando se diagnostica hiperactividad, se suele recomendar el fútbol o el karate para los niños, y la natación o la gimnasia rítmica para las niñas. Yo me apunté a fútbol para estar más cerca de mi padre (que era el entrenador) y porque regalaban un chándal muy chulo. Recuerdo que cierto día, jugando contra otro club, hice una jugada que dejó a todos con la boca abierta: en un alarde de técnica y velocidad, le robé la pelota a un jugador y sintiéndome Maradona corrí hacia la portería, me planté delante del portero y marqué un golazo. No oí que nadie gritara de alegría; más bien se hizo un sonoro silencio, pero yo corrí pletórico hasta mi padre.

—¡Mirá, Pa! ¡Marqué un gol!

—Sí, ¡en tu propia portería! ¡Anda al vestuario a cambiarte!

Practicar juegos de equipo (fútbol, básquet, *hockey*, etc.) les es muy beneficioso, pero dependiendo de sus habilidades y gustos, hay mil actividades donde escoger: atletismo, tenis, tenis de mesa, natación, ciclismo, piragüismo, escalada, gimnasia rítmica, artes marciales, etc. Si al niño le cuesta controlar sus impulsos físicos y suele hacerse daño fácilmente, las artes marciales tal vez no sean la mejor opción. Pero hay que tener en cuenta que no todas las artes marciales son iguales; la *capoeira*, por ejemplo, es como una danza, y su aprendizaje es muy lúdico y poco agresivo, y además tiene el añadido del componente musical. También destacaría el *aikido*, al que llaman el «arte noble». De hecho, es bueno saber que la palabra «*do*» que encontramos en el nombre de muchas artes marciales (*karate do*, *tae kwon do*, *aikido*, etc.) significa «camino», y se refiere al componente de crecimiento interno asociado a estas actividades, que por lo tanto van más allá del ejercicio físico.

Al fin y al cabo, no es necesario apuntarse a un deporte; lo interesante es integrar el ejercicio físico en nuestro día a día para que no se oxide el cuerpo. Podemos dar largas caminatas, hacer *footing* o pasear en bicicleta; y si puede ser lejos de la urbe, donde respiremos aire puro, mejor que

mejor. Es especialmente recomendable caminar, ya que cuando caminamos los pulmones llevan más aire al cerebro y el corazón se activa, todo lo cual ayuda a nuestras capacidades cognitivas. Se sabe que Nietzsche, Rimbaud, Rousseau o Thoreau solían salir a caminar para aclarar sus ideas. Además, un estudio descubrió que los niños se concentran mejor después de caminar por la naturaleza.⁷

Por último, aunque no son puramente deportes, el ajedrez, los juegos de cartas o los juegos de magia son actividades que promueven la atención y la concentración.

Los reflejos primitivos

Gracias al terapeuta Rafael de Mora, autor del libro *El alma del disléxico*,⁸ me enteré de que, en algunos casos, el exceso de movimiento puede deberse a un problema con los reflejos primitivos.

Antes de nada, es necesario saber que los reflejos son respuestas automáticas e involuntarias que realiza un ser vivo ante la presencia de un determinado estímulo. La respuesta refleja implica generalmente un movimiento, aunque puede consistir también en la activación de la secreción de una glándula. Los hay de varios tipos (osteotendinosos, de flexión, primitivos, posturales, vegetativos, condicionados y patológicos) y están íntimamente relacionados con los sentidos; desarrollan los mecanismos necesarios para la supervivencia, el aprendizaje y la adaptación al medio; emergen para desarrollar un proceso neurológico, cumpliendo con un estricto cronograma, y además construyen y mielinizan vías neurológicas específicas para su función.

Los reflejos primitivos han de estar activos exclusivamente en los períodos que les son propios; tras ellos, han de inhibirse. Cuando esto no ocurre, el reflejo activo patológicamente no solo crea dificultades, sino que además puede bloquear los siguientes reflejos, y así se crea una cadena ascendente de reflejos sin inhibir que perjudican el correcto crecimiento del niño.

Aún no se sabe con exactitud por qué algunos reflejos primitivos y posturales no se inhiben en su momento y se vuelven aberrantes. Es conocido que los problemas durante la gestación y el parto pueden estar

directamente implicados, pero también se dan en casos en los que no se cumplen esas condiciones; aún se ignora el porqué exacto. Se sospecha que la ingesta por parte de la madre o del bebé/niño de tóxicos ambientales puede estar detrás de tales casos.

Muchas de las personas que muestran una «hiperactividad» se mueven «en exceso», para crear una sobreestimulación neurológica que les permita inhibir los reflejos aberrantes que aún están activos en su cerebro y que están limitando su desarrollo normal. Por eso resulta completamente erróneo impedirles el movimiento; es exactamente al contrario: hay que fomentarlo al máximo. Nos explicaba Rafael que, cuando tiene en la consulta un niño que efectivamente no para quieto ni un segundo, en vez de prohibirle que se mueva y mandarle a sentarse en la silla, le dice que se ponga de pie y que gire sobre sí mismo muy deprisa y en ambas direcciones para evitar el mareo. Al niño le parece divertido hacerlo, los padres no entienden nada, pero al cabo de un rato el niño se tranquiliza y él solo se sienta. No lo hace por agotamiento; lo hace porque su sistema vestibular (relacionado con el equilibrio y la propiocepción) ha quedado saturado, por lo que ya no necesita moverse para sentir su cuerpo; porque estos niños se mueven «en exceso» precisamente para eso: para sentir su propio cuerpo y equilibrio, que no perciben correctamente porque los reflejos aberrantes que aún tienen activos se lo dificultan.

Todo esto explica por qué estas personas generalmente son amantes del movimiento, pero no de los deportes, lo que a primera vista parece una contradicción.

La contaminación electromagnética

El universo está lleno de vibraciones, algunas de las cuales son perceptibles por nuestros sentidos (sonido, luz, etc.) y otras pasan desapercibidas (como las ondas de radio). Pero aunque no las veamos o no notemos sus efectos de manera instantánea, no significa que no estén ahí y que no nos estén afectando.

Vibraciones invisibles

Las dunas de arena en el desierto o en las maravillosas playas de Famara, en Lanzarote, son monumentos naturales esculpidos por las caricias del aire junto con la lluvia. Personalmente, me recuerdan a ondas sonoras, graves y agudas, con tonos y semitonos que se superponen en la distancia.

Si uno es sensible, puede llegar a percibir cómo las vibraciones de su alrededor le afectan e interfieren en sus emociones; tal vez también pueda notar cómo sus propias frecuencias influyen en los otros, cómo entran en sus corazones y los recorren *chakra* por *chakra*, célula a célula, átomo a átomo. Aunque no lo percibamos a simple vista, somos sonidos y colores.

Años atrás, en algunas de mis ponencias en España y Argentina presenté algunos experimentos sobre la influencia del sonido en nuestro organismo. Para mostrarlo utilicé una placa Chladni, un instrumento que emite vibraciones de distinta longitud de onda, cuyos efectos pueden verse en el azúcar o la sustancia que se ponga en la placa. Es espectacular ver cómo los distintos tonos crean formas geométricas asociadas.

Un buen ejemplo que ilustra cómo la radiación ambiental puede crear inatención y nerviosismo lo tenemos en la electricidad natural que carga el aire cuando llueve. A los niños los altera especialmente, ya que tienen poca capacidad para inhibirlo. En este apartado voy a centrarme en los campos electromagnéticos no ionizantes (CEM), que son campos físicos producidos por cualquier elemento cargado eléctricamente. Sus fuentes de radiación más comunes son los cables eléctricos, las torres y las vías de alta y mediana tensión, las antenas de telefonía, los centros de transformación, los dispositivos wifi, los nuevos contadores electrónicos, los teléfonos móviles, así como la electricidad sucia que se desprende de todos ellos. Sus efectos nocivos sobre la salud y el bienestar de las personas son bien conocidos; algunos de ellos son: riesgo de cáncer, estrés celular, aumento de los radicales libres, daños genéticos, cambios estructurales y funcionales del sistema reproductor, y trastornos del

equilibrio y desarrollo del cerebro. Además, cada vez son más frecuentes los casos de hipersensibilidad a este tipo de radiación.

No nos engañemos: tanto las compañías eléctricas y telefónicas como los gobiernos saben la peligrosidad de estas tecnologías, pero tratan de esconderlo tras un muro de desinformación. Distintos estudios señalan que la contaminación de los aparatos electrónicos, también llamada «electricidad sucia», está generando problemas de inatención y nerviosismo. La Dra. Magda Havas, epidemióloga de la Universidad de Trent y una de las científicas con mayor experiencia en contaminación electromagnética del mundo, demostró cómo los alumnos de una escuela en California mejoraban su comportamiento y atención al eliminar la electricidad sucia de las clases.⁹ Otro experto que ha señalado la relación entre la electricidad sucia y el comportamiento de los niños es el Dr. Sam Milham, quien en su estudio *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y electricidad sucia* recomienda que: «antes de que los niños sean tratados con drogas para el TDAH, se debería examinar los niveles de electricidad sucia en el hogar y el colegio, y reducirla si fuese necesario».¹⁰

La telefonía móvil es otra de las fuentes de electromagnetismo que debemos tener en cuenta. El Instituto Nacional sobre Abuso de las Drogas de EE. UU. (NIDA) ha constatado que nuestra actividad cerebral se ve acelerada cuando utilizamos el móvil durante una cierta cantidad de tiempo.¹¹ Asimismo, basándose en sus propias investigaciones, el Dr. Hugh Taylor de la Universidad de Yale afirma que: «Hemos demostrado que algunos problemas de comportamiento en ratones semejantes al TDAH son causados por la exposición al teléfono móvil en el vientre materno», por lo que concluye: «El aumento de los trastornos de conducta en los niños humanos puede ser, en parte, debido a la exposición a la irradiación de la telefonía móvil del feto».¹² Otro estudio realizado en 28.745 niños y financiado por el Consejo Danés de Investigación Médica, la *UCLA School of Public Health* y el NIH, concluyó que los niños expuestos a las ondas de los teléfonos móviles antes y después del embarazo son más propensos a desarrollar problemas de comportamiento.¹³

Muchas de estas tecnologías nunca deberían ser usadas, o como poco debería limitarse su uso, especialmente en lugares como las escuelas, que deberían ser un santuario donde nuestros hijos estuvieran libres de factores ambientales tóxicos. En esa línea, un consejo del Comité Europeo ha pedido que se limite el uso de tecnologías agresivas como el wifi, los ordenadores portátiles, las pizarras electrónicas, los teléfonos móviles, las *tablets* y otros dispositivos *wireless* en las escuelas.¹⁴ Por ahora el gobierno catalán y el español parece que están haciendo oídos sordos y no están por legislar en ese sentido. Por el contrario, en Francia, atendiendo a investigaciones como las del profesor Olle Johansson del instituto Carolinska de Suecia,¹⁵ se ha prohibido el uso del wifi en colegios y guarderías. En California, muchos de los expertos en tecnología de Silicon Valley han optado por llevar a sus hijos a escuelas donde no se utilice estas tecnologías tan agresivas.

No es cuestión de ir contra la tecnología y el progreso; se trata de actuar acorde a la información disponible y al principio de precaución. ¿Una tecnología que nos altera y nos enferma es un verdadero progreso?

La contaminación química

En nuestra vida diaria estamos expuestos a una nutrida variedad de elementos químicos tóxicos. Por sus anchas campanas plomo, mercurio, aluminio, medicamentos, pesticidas, PCBs, disolventes y demás sustancias, que en muchos casos afectan a nuestro sistema nervioso y nuestro cerebro, y por lo tanto a nuestro desarrollo y nuestra conducta. Aun así, he constatado que en el ámbito del TDAH en España existe mucha reticencia y oposición a creer que los tóxicos químicos puedan estar detrás de muchos diagnósticos. Tal vez es que no conocen estudios como el de los científicos Philippe Grandjean (Harvard) y Philip Landrigan (Escuela Medicina del Hospital Monte Sinaí), que establece una clara relación entre ciertos productos químicos (insecticidas, disolventes y otras sustancias habituales) y el auge de los problemas conductuales y cognitivos.¹⁶

En muchos de estos casos, la intoxicación la sufre la madre estando embarazada, y esta la transmite al hijo. Por eso es importante que las

mamás tengan en cuenta que su bebé está viéndose afectado por lo que comen y beben, los productos que usan, los lugares que frecuentan e incluso lo que sienten y piensan.

A continuación expongo una pequeña muestra de algunas de estas sustancias tóxicas:

Fármacos: Los fármacos acaban en el medio ambiente a través de nuestras excreciones, pero también por vertidos y por la mala costumbre de tirarlos al váter. Cuando se analizan las aguas de un río cualquiera, es sorprendente la cantidad de antibióticos, antidepresivos, antiinflamatorios y demás medicamentos que se detectan. Estamos saturando la naturaleza de fármacos, que luego absorbemos sin ser conscientes de ello. El médico Xavier Uriarte nos contaba que, paradójicamente, las administraciones no los contemplan como tóxicos ambientales: «Dentro de los tóxicos medioambientales se incluyen químicos utilizados en veterinaria, en fitosanitaria y en la industria, pero se ha consensuado no contemplar la contaminación ambiental que se deriva de los fármacos. Deduzco que a alguien le interesa que no se hable demasiado de ello. El mercurio, por ejemplo, se está retirando de muchas aplicaciones en las que se usaba, pero en cambio parece no importarles el mercurio de las vacunas, que acaba en nuestro cuerpo directa o indirectamente!».

Hablando de vacunas, estas no solo contienen mercurio, sino también aluminio, antibióticos, boros, sulfatos, polisorvatos..., hasta una treintena de elementos neurotóxicos. Todos ellos afectan en mayor o menor medida al sistema nervioso central dañando las sinapsis neuronales, lo cual genera un estado de excitabilidad en el niño. Una encuesta del proyecto *Cal-Oregon* realizada en 17.674 niños concluyó que los niños vacunados tenían un porcentaje más elevado de asma, autismo y trastornos neurológicos, entre otros problemas.¹⁷

Otro de los medicamentos en el punto de mira es el Paracetamol. Según investigadores de la Universidad de California y de la Universidad de Aarhus, en Dinamarca, podría existir una relación entre este medicamento y el aumento de diagnósticos de TDAH.

Una de las autoras principales de la investigación, Beate Ritz, explica: «se sabe a partir de datos de los animales que el paracetamol es un disruptor hormonal y que exposiciones hormonales anormales durante el embarazo pueden influir en el desarrollo del cerebro del feto». ¹⁸

Además, como ya se ha comentado, algunos casos de agitación, insomnio e irritabilidad pueden ser debidos a las candidas, descontroladas por el consumo de antibióticos.

Mercurio: Es un metal pesado muy tóxico. La OMS lo considera como uno de los diez productos o grupos de productos químicos especialmente peligrosos para la salud pública.

Está presente de forma natural en el aire, el agua y el suelo, y suele penetrar en nuestro cuerpo a través del pescado contaminado y de las vacunas. La OMS, a través de su portal, alerta de que tras la exposición al mercurio: «[...] se pueden observar trastornos neurológicos y del comportamiento, con síntomas como temblores, insomnio, pérdida de memoria, efectos neuromusculares, cefalea o disfunciones cognitivas y motoras». ¹⁹

Como cité anteriormente, *espirulina*, *fucus*, *chlorella*, manzanas, zanahorias, ajos, cebollas, huevos, cilantro y cítricos pueden ser de ayuda para limpiar los metales pesados de nuestro organismo. ⁶

Aluminio: Este metal también se encuentra de manera habitual y natural en el medio ambiente. Está presente en el papel de aluminio, latas, botes y botellas de agua, en las vacunas y otros medicamentos, en productos para el cuidado personal y cosmético, y un largo etcétera. El aluminio es otro de los causantes de la sintomatología asociada al TDAH. Al igual que el mercurio, daña los tejidos del cerebro y causa trastornos neurológicos y del comportamiento. ²⁰

Plomo: Es otro metal pesado que se encuentra en la gasolina, y aún en algunas tuberías. Puede llegar a producir anemia, perturbación de la biosíntesis de hemoglobina, daño en los riñones, infertilidad y daños cerebrales. ²¹ Según el portal de la OMS: «Se estima que en los niños la exposición al plomo causa cada año seiscientos mil nuevos casos de discapacidad intelectual.» Y: «En los niños afecta, en

particular, al desarrollo del cerebro, lo que a su vez entraña una reducción del cociente intelectual, cambios de comportamiento –por ejemplo, disminución de la capacidad de concentración y aumento de las conductas antisociales– y un menor rendimiento escolar.»²²

Dioxinas y PCBs: Son un grupo de compuestos químicos considerados contaminantes ambientales persistentes. Más del 90% de la exposición humana se produce por medio de los alimentos, en particular los productos cárnicos, lácteos, pescados y mariscos.²³ Son rápidamente absorbidos por nuestro cuerpo y se acumulan en el sistema nervioso central.

La intoxicación por PCB-153 y PCB-180 en el vientre materno ocasiona innumerables daños al feto, y en adolescentes y adultos puede producir un deterioro de la atención y lentitud de reacción provocadas por una disminución de los niveles de dopamina.

Tabaco y alcohol: Según un estudio, los niños nacidos de mujeres que fumaron durante el embarazo parecen tener un mayor riesgo de ser diagnosticados con TDAH.²⁴ Con el alcohol pasa exactamente lo mismo; he encontrado varios estudios que indican que el abuso de alcohol durante el embarazo puede incrementar el riesgo de que el bebé manifieste una serie de problemas entre los que se encuentran una «hiperactividad» y falta de atención.^{25,26}

Por favor, mamás, ¡tened en cuenta que la gestación es un momento clave en nuestro desarrollo!

Pesticidas: Son sustancias químicas usadas para combatir especies consideradas como plagas. Sus propiedades «biocidas» también nos afectan a nosotros y, según datos de la OMS, junto con los demás agroquímicos, son responsables de la intoxicación de quinientos mil a un millón de agricultores y consumidores, y de más de doscientas veinte mil muertes anuales.

Se ha constatado que una mayor exposición a los pesticidas piretroides se vincula con la «hiperactividad» y la impulsividad.²⁷ Por otro lado, la Asociación Americana de Pediatría también relaciona los pesticidas organofosforados (presentes sobre todo en la comida no ecológica) con estos comportamientos.²⁸

Epílogo

Bien, pues hasta aquí ha llegado mi pequeño granito de arena. Espero que estas breves pinceladas por lo menos hayan despertado ciertas dudas en el lector y le motiven a proseguir su propia investigación. También me gustaría que sirviera para generar un debate serio que nos ayude a entender aún mejor el asunto TDAH. Estoy seguro de que llegarán muchas críticas, como tiene que ser. Contraponer ideas nos enriquecerá a todos y beneficiará a los niños por encima de todo. A algunas personas no les interesa que se hable ni que se debata, ya que temen que se ponga al descubierto la inconsistencia de su postura. Por eso también espero reacciones menos constructivas. Incluso me atacarán personalmente como ya han hecho antes; dirán «no se puede tener en cuenta lo que dice porque lleva una vida desordenada» o «porque ha hecho esto o lo otro». Así que, antes de que lleguen este tipo de comentarios, quiero que les quede claro que yo nunca me he presentado como el ejemplo a seguir para nadie. Este libro no va sobre mí, así que si realmente quieren ayudar a estos niños, que se ahorren todos estos ataques e intenten rebatir o matizar educadamente el contenido del libro. Yo estaré encantado de dialogar.

Más allá de la etiqueta TDAH hay un montón de niños con características y necesidades particulares. Sería una locura dejar que esta etiqueta se interponga entre ellos y nosotros.

Notas

2. Locos y cuerdos

1. Talarn, Antoni. *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder, 2007.
2. Frances, Allen. *¿Somos todos enfermos mentales?* Barcelona: Ariel, 2014.
3. Nash, D.B. 2012. The use of medicines. *United States Review of 2011*.
4. Goldacre, Ben. *Mala Farma*. Paidós Ibérica, 2013.
5. <http://www.cchrint.org/issues/the-corrupt-alliance-of-the-psychiatric-pharmaceutical-industry/>
6. Hopkins Tanne, J. Direct to consumer drug advertising is billion dollar business in US. *BMJ*. 1999 Sep 25; 319(7213): 805.
7. Jara, Miguel. *La salud que viene*. Barcelona: Península, 2009.
8. Saiz Fernández, L.C. 2013. Atentos al déficit de atención (TDAH). Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva. *Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra*.
9. Lane, Christopher. *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness*. New Haven: Yale University Press, 2007.
10. Baughman Jr., Fred A; Hovey, Craig. *El fraude del TDAH. Cómo la psiquiatría transforma en pacientes a niños normales*. Canadá: Trafford Publishing, 2007.

3. TDAH, ¿un trastorno inventado?

1. Pundik, Juan. *El niño hiperactivo, déficit de atención y fracaso escolar. Guía para padres y docentes*. Madrid: Filium, 2006.
2. Turecki, Stanley; Tonner, Lesley. *El niño difícil*. Barcelona: Medici, 2003.
3. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf

TDAH: Más allá de la etiqueta

4. http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/INFAC_vol_21_n_5_TDAH.pdf
5. García de Vinuesa, Fernando; González Pardo, Héctor; Pérez Álvarez, Marino. *Volviendo a la normalidad: La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Madrid: Alianza Editorial, 2014-2015.
6. <http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2013/09/trastorno-del-deficit-de-atencion-un.html>
7. Saiz Fernández, L.C. 2013. Atentos al déficit de atención (TDAH). Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva. *Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra*.
8. Wilens, T.E.; Biederman, J.; Spencer, T.J. 2002. Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annu Rev Med*. 2002;53:113-31.
9. Baughman Jr., Fred A.; Hovey, Craig. *El fraude del TDAH. Cómo la psiquiatría transforma en pacientes a niños normales*. Canadá: Trafford Publishing, 2007.
10. Barkley, Russell A. *Niños hiperactivos: Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Barcelona: Paidós, 1997.
11. Thome, J.; Ehlis, AC.; Fallgatter, AJ.; Krauel, K.; Lange, KW.; Riederer, P.; Romanos, M.; Taurines, R.; Tucha, O.; Uzbekov, M.; Gerlach, M. Biomarkers for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). A consensus report of the WFSBP task force on biological markers and the World Federation of ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2013; 5(3): 267-271. Published online 2013 February 7.
12. Wallis, D. The search for biomarkers for attention deficit/hyperactivity disorder. *Drug News Perspect*. 2010 Sep;23(7):438-49.
13. Moncrieff, J. 2009. A critique of the dopamine hypothesis of schizophrenia and psychosis. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17(3):214-25.
14. Nasrallah, HA. [et al.]. 1986. Cortical atrophy in young adults with a history of hiperactivity in childhood. *Psychiatry Research* 17: 241-46.
15. Zametkin, A.J.; Nordahl, T.E.; Gross, M.; King, A.C.; Semple, W.E.; Rumsey, J. [et al.]. 1990. Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhoodonset. *N Engl J Med* 323:1361-1366.
16. <http://www.abc.es/familia-padres-hijos/20141020/abci-trastorno-deficit-atencion-201410171200.html>
17. Baroni, A.; Castellanos, FX. 2015. Neuroanatomic and cognitive abnormalities in attention deficit/hyperactivity disorder in the era of 'highdefinition' neuroimaging. *Current Opinion in Neurobiology*, 30,1-8.

18. Loo, S.K.; Makeig, S. 2012. Clinical utility of EEG in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a review update. *Neurotherapeutics*, 9, 569-587.
19. Fried, M.; Tsitsiashvili, E.; Bonneh, Y.S.; Sterkin, A.; Wygnanski-Jaffe, T.; Epstein, T.; Polat, U. 2014. ADHD subjects fail to suppress eyeblinks and microsaccades while anticipating visual stimuli but recover with medication. *Vision Research*. 101, 62-72.
20. http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/ch54_draft_guidelines.pdf
21. Catalá-López, F.; Peiró, S.; Ridao, M.; Sanfélix-Gimeno, G.; Gènova-Maleras R.; Catalá, M.A. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*. 2012 Oct 12;12:168.
22. http://elpais.com/diario/1999/07/06/sociedad/931212001_850215.html
23. Frances, Allen. *¿Somos todos enfermos mentales?* Barcelona: Ariel, 2014.
24. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411730295_336861.html
25. <http://www.snopes.com/politics/quotes/adhd.asp#QImmU5AOKmZrCAWH.99>
26. Saul, Richard. *ADHD does not exist*. HarperCollins, 2014.
27. <http://time.com/25370/doctor-adhd-does-not-exist/>

4. La promoción del TDAH y de su tratamiento farmacológico

1. Baughman Jr., Fred A.; Hovey, Craig. *El fraude del TDAH. Cómo la psiquiatría transforma en pacientes a niños normales*. Canadá: Trafford Publishing, 2007.
2. García de Vinuesa, Fernando; González Pardo, Héctor; Pérez Álvarez, Marino. *Volviendo a la normalidad, La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Madrid: Alianza Editorial, 2014-2015.
3. http://www.prweb.com/releases/ADHD_Therapeutics/Adderall_XR/prweb4086564.htm
4. <http://www.materialdenmg.com/articulos-de-loulou-bedard/alternativas-al-ritalin-el-fraude-del-tdah.html>
5. <http://autismodiario.org/2012/02/02/medicacion-para-el-tdah-puede-provocar-tendencias-suicidas/>
6. <http://www.migueljara.com/2015/04/24/el-gobierno-de-canada-advierte-de-la-relacion-farmacos-para-la-hiperactividad-y-suicidio/>
7. D. Wiley, M.; Poveromo, L.B.; Antapasis, J.; Herrera, C.M.; Bolaños-Guzmán, C.A. κ -Opioid System Regulates the Long-Lasting Behavioral Adaptations In-

- duced by Early-Life Exposure to Methylphenidate. *Neuropsychopharmacology*. 2009 Apr;34(5):1339-50.
8. http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/021121s015s017lbl.pdf
 9. <http://www.drakeinstitute.com/research-article/psychotic-side-effects.pdf>
 10. <http://www.theguardian.com/society/2006/feb/11/health.medicinandhealth>
 11. <http://www.yourlawyer.com/topics/overview/ritalin>.
 12. Petersen, M. *Our daily meds*. Nueva York: Sarah Crichton Books, 2008.
 13. Aagaard, L.; Hansen, E.H. 2011. The occurrence of adverse drug reactions reported for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) medications in the pediatric population: a qualitative review of empirical studies. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2011;7:729-44.
 14. <http://www.ccl-cca.ca/pdfs/JARL/Jarl-Vol3Article9.pdf>
 15. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Dec;56(12):1073-86.
 16. Schachter, H.M.; Ba' Pham; King, J.; Langford, S.; Moher, D. How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *CMAJ*. 2001 Nov 27;165(11):1475-88.
 17. Jensen, P.S.; Arnold, L.E.; Swanson, J.M.; Vitiello, B.; Abikoff, H.B.; Greenhill, L.L.; Hechtman, L.; Hinshaw, S.P.; Pelham, W.E.; Wells, K.C.; Conners, C.K.; Elliott, G.R.; Epstein, J.N.; Hoza, B.; March, J.S.; Molina, B.S.; Newcorn, J.H.; Severe, J.B.; Wigal, T.; Gibbons, R.D.; Hur, K. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Aug;46(8):989-1002.
 18. [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).
 19. <http://www.uow.edu.au/~bmartin/dissent/documents/health/pharmfraud.html#Novartis>
 20. <http://www.neurofarmagen.es/>
 21. http://www.shire.com/shireplc/en/resp/patients/education/adhd_awareness
 22. <http://www.migueljara.com/2014/12/18/como-las-farmaceuticas-fomentan-la-enfermedad-del-tdah/>
 23. <http://www.pandah.es/links-de-interes.html>
 24. <http://www.migueljara.com/2014/03/20/hombres-a-los-que-les-crecen-los-pechos-tetas-tras-tomar-el-medicamento-risperdal/>

25. <http://www.abc.es/20120412/sociedad/abci-risperdal-efectos-secundarios-201204121250.html>
26. http://www.nytimes.com/2012/04/12/business/drug-giant-is-fined-1-2-billion-in-arkansas.html?_r=0
27. http://www.nytimes.com/2009/03/20/us/20psych.html?_r=0.
28. http://www.huffingtonpost.com/2009/06/12/eli-lillys-zyprexa-fraud_n_214907.html.
29. Healey, David. *The Creation of Psychopharmacology*. Harvard University Press, 2002.
30. https://www.aacap.org/aacap/Resources_for_Primary_Care/Practice_Parameters_and_Resource_Centers/Conflicts_of_Interest_for_Practice_Parameters_Not_Listed_in_Parameter.aspx
31. <https://projects.propublica.org/d4d-archive/payments/checklist/10694883>
32. <http://www.nogracias.eu/2013/06/10/guia-de-practica-clinica-para-el-tdah/>
33. Gonon, F.; Bezard, E.; Boraud, T. Misrepresentation of Neuroscience Data Might Give Rise to Misleading Conclusions in the Media: The Case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *PLoS One*. 2011 Jan 31;6(1):e14618.
34. Gonon, F.; Konsman, J.P.; Cohen, D.; Boraud, T. 2012. Why Most Biomedical Findings Echoed by Newspapers Turn Out to be False: The Case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *PLoS One*. 2012;7(9):e44275.
35. <http://www.migueljara.com/2014/12/18/como-las-farmaceuticas-fomentan-la-enfermedad-del-tdah/>
36. http://corporateeurope.org/sites/default/files/28_march_2012_divideconquer.pdf
37. http://www.psiquiatria.com/trastornos_infantiles/hiperactividad-1372/el-gasto-publico-de-medicamentos-para-el-tdah-ha-pasado-de-9-000-euros-anuales-a-mas-de-tres-millones-y-medio-en-una-decada/
38. http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_professionals/temes_de_salut/TDAH/
39. <http://web.gencat.cat/ca/actualitat/detall/Protocol-sobre-el-trastorn-per-al-deficit-datencio-TDAH>
40. <http://www.feadah.org/es/>
41. <http://www.migueljara.com/2013/08/30/pandah-y-el-nuevo-medicamento-para-la-infancia-tdah/>
42. Saiz Fernández, L.C. 2013. Atentos al déficit de atención (TDAH). Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva. *Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra*.
43. http://www.nytimes.com/2012/01/29/opinion/sunday/childrens-add-drugs-dont-work-long-term.html?_r=0

5. Más allá de la etiqueta

1. Baughman Jr., Fred A.; Hovey, Craig. *El fraude del TDAH. Cómo la psiquiatría transforma en pacientes a niños normales*. Canadá: Trafford Publishing, 2007.
2. Fukuyama, Francis. *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution*. New York: Farrar, Straus, and Giroux, 2002.
3. Huxley, Aldous. *Un mundo feliz*. Barcelona: Debolsillo, 2014.
4. Knobel Freud, Joseph. *El reto de ser padres*. Barcelona: Ediciones B, 2013.
5. <http://www.economist.com/node/21556230>
6. <http://nuevapsiquiatria.es/presentacion>

6. Atención sin medicamentos

1. Sunyer, J. [et al.]. 2015. Association between Traffic-Related Air Pollution in Schools and Cognitive Development in Primary School Children: A Prospective Cohort Study. *PLoS Med.* 2015 Mar 3;12(3):e1001792.
2. Wu, C.D.; McNeely, E.; Cedeño-Laurent, J.G.; Pan, W.C.; Adamkiewicz, G.; Dominici, F.; Lung, S.C.; Su, H.J.; Spengler, J.D. Linking Student Performance in Massachusetts Elementary Schools with the “Greenness” of School Surroundings Using Remote Sensing. *PLoS One.* 2014 Oct 13;9(10):e108548.
3. Knobel Freud, Joseph. *El reto de ser padres*. Barcelona: Ediciones B, 2013.
4. <http://www.nogracias.eu/2014/06/25/joseph-knobel-hay-un-exceso-de-medicalizacion-en-todos-los-ambitos-de-la-vida/#sthash.U9BmjPR3.dpuf>
5. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/09/08/peds.2010-1919.abstract>
6. Castells Cuixart, Marta; Castells, Paulino. *TDAH. Un nuevo enfoque: Cómo tratar la falta de atención y la hiperactividad*. Atalaya, 2012.
7. Kuo, F.E.; Taylor, A.F. 2004. A Potential Natural Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Evidence From a National Study. *Am J Public Health.* 2004 Sep;94(9):1580-6.
8. De Mora, Rafael. *El alma del disléxico*. Madrid: Autoedición, 2010.
9. Havas, M.; Olstad A. 2008. Power quality affects teacher wellbeing and student behavior in three Minnesota schools. *Sci Total Environ.* 2008 Sep 1;402(2-3):157-62.
10. Milham, S. 2011. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Dirty Electricity. *J Dev Behav Pediatr.* 2011 Oct;32(8):634.
11. Volkow N.D.; Tomasi, D.; Wang, G.J.; Vaska, P.; Fowler, J.S.; Telang, F.; Alexoff, D.; Logan, J.; Wong, C. 2011. Effects of Cell Phone Radiofrequency Signal Exposure on Brain Glucose Metabolism. National Institute on Drug Abuse. *JAMA.* 2011 Feb 23;305(8):808-13

12. Taylor, H. 2012. Cell phone use in pregnancy may cause behavioral disorders in offspring. *Yale News*.
13. Divan, H.A.; Kheifets, L.; Obel, C.; Olsen, J. 2012. Cell phone use and behavioural problems in young children. *J Epidemiol Community Health*.
14. <http://www.telegraph.co.uk/technology/mobile-phones/8514380/Ban-mobile-phones-and-wireless-networks-in-schools-say-European-leaders.html>
15. <http://www.dsalud.com/index.php?pagina=articulo&c=319>
16. <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laneur/PIIS1474-4422%2813%2970278-3.pdf>
17. <https://explayandose.wordpress.com/tag/xavier-uriarte/>
18. <http://www.muyinteresante.es/salud/articulo/relacionan-el-consumo-de-paracetamol-durante-el-embarazo-con-el-tdah-en-ninos-871393493271>
19. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs361/es/>
20. <http://articulos.mercola.com/sitios/articulos/archivo/2014/09/27/toxicidad-de-aluminio-y-el-alzheimer.aspx>
21. http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/07/07/AR2007070701073_pf.html
22. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs379/es/>
23. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs225/es/>
24. <http://www.economista.es/empresas-finanzas/noticias/5963934/07/14/Asocian-el-uso-del-parche-de-nicotina-en-el-embarazo-con-un-aumento-del-riesgo-de-TDAH.html#.Kku8lwJ9bIPGZ1b>
25. Fryer, S.L.; Tapert, S.F.; Mattson, S.N.; Paulus, M.P.; Spadoni, A.D.; Riley, E.P. Prenatal alcohol exposure affects frontal-striatal BOLD response during inhibitory control. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 Aug;31(8):1415-24. Epub 2007 Jun 9.
26. Sayal, K.; Heron, J.; Draper, E.; Alati, R.; Lewis, S.J.; Fraser, R.; Barrow, M.; Golding, J.; Emond, A.; Davey Smith, G.; Gray, R. Prenatal exposure to binge pattern of alcohol consumption: Mental health and learning outcomes at age 11. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Oct;23(10):891-9.
27. Wagner-Schuman, M.; Richardson, J.R.; Auinger, P.; Braun, J.M.; Lanphear, B.P.; Epstein, J.N.; Yolton, K.; Froehlich, T.E. Association of pyrethroid pesticide exposure with attention-deficit/hyperactivity disorder in a nationally representative sample of U.S. children. *Environ Health*. 2015 May 28;14:44.
28. <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2010/05/18/psiquiatriainfantil/1274166654.html>

Bibliografía

- BARKLEY, Russell A. *Niños hiperactivos: Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Barcelona: Paidós, 1997.
- BAUGHMAN JR., FRED A; HOVEY, Craig. *El fraude del TDAH. Cómo la psiquiatría transforma en pacientes a niños normales*. Canadá: Trafford Publishing, 2007.
- BREGGIN, Peter R. *The Ritalin Fact Book: What Your Doctor Won't Tell You*. Cambridge: Perseus Books, 2002
- BREGGIN, Peter R. *Talking Back to Ritalin: What Doctors Aren't Telling You About Stimulants and ADHD*. Cambridge: Perseus Books, 2001
- CAREY, William; McDevitt, Sean. *Coping with Children's Temperament*. Basic Books, 1995.
- CAREY, William B. *Understanding Your Child's Temperament*. Wiley, 1999.
- CASTELLS CUIXART, Marta; CASTELLS, Paulino. *TDAH. Un nuevo enfoque: Cómo tratar la falta de atención y la hiperactividad*. Atalaya, 2012.
- DE MORA, Rafael. *El alma del disléxico*. Madrid: Autoedición, 2010.
- FORCADES, Teresa. *Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas*. Barcelona: Edicions Rondas, 2006.
- FRANCES, Allen. *¿Somos todos enfermos mentales?* Barcelona: Ariel, 2014.
- FUKUYAMA, Francis. *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution*. New York: Farrar, Straus, and Giroux, 2002.
- GARCÍA DE VÍÑUESA, Fernando; González Pardo, Héctor; Pérez Álvarez, Marino. *Volviendo a la normalidad: La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Madrid: Alianza Editorial, 2014-2015.
- GOLDACRE, Ben. *Mala Farma*. Paidós Ibérica, 2013

TDAH: Más allá de la etiqueta

- GØTZSCHE, Peter C. *Medicamentos que matan y crimen organizado*. Barcelona: Los Libros del Lince, 2014.
- GREEN, Christopher; CHEE Kit. *El niño muy movido o despistado*. Barcelona: Medici. 2001.
- HEALY, David. *The Creation of Psychopharmacology*. Harvard University Press, 2002.
- HUXLEY, Aldous. *Un mundo feliz*. Barcelona: Debolsillo, 2014.
- JARA, Miguel. *La salud que viene*. Barcelona: Península, 2009.
- JARA, Miguel. *Laboratorio de médicos*. Barcelona: Península, 2010.
- KNOBEL FREUD, Joseph. *El reto de ser padres*. Barcelona: Ediciones B, 2013.
- LANE, Christopher. *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness*. New Haven: Yale University Press, 2007.
- MARTÍNEZ, Mari Ángeles y colaboradores. *Todo sobre el TDAH*. Altaria, 2013.
- PÀMIÉS, Josep; Figuerola, Miquel. *Una dulce revolución*. Lleida: Stevia Editors, 2013.
- PAYER, Lynn. *Disease mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick*. John Wiley & Sons Inc, 1992
- PETERSEN, M. *Our daily meds*. Nueva York: Sarah Crichton Books, 2008.
- PUNDIK, Juan. *El niño hiperactivo, déficit de atención y fracaso escolar. Guía para padres y docentes*. Madrid: Filium, 2006.
- SAUL, Richard. *ADHD does not exist*. HarperCollins, 2014.
- TALARN, Antoni. *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder, 2007.
- TURECKI, Stanley; Tonner, Lesley. *El niño difícil*. Barcelona, Medici, 2003.
- VASEN, Juan. *Fantasmas y pastillas*. Buenos Aires: Letra viva, 2005.

Recursos

Web del libro: <http://www.tdahmasalladelaetiqueta.com/es>

Web de Javier Altamirano: <http://www.javier-altamirano.com/es>

Web de la Dulce Revolución de las Plantas Medicinales:
<http://www.dolcarevolucio.cat/>

Blog de Josep Pàmies (salud alternativa): <http://joseppamies.wordpress.com/>

Blog de Miquel Figuerola (periodismo alternativo): <http://laclaveoculta.blogspot.com.es/>

Nueva Psiquiatría (en busca de un nuevo modelo de asistencia psiquiátrica):
<http://nuevapsiquiatria.es/presentacion>

Blog de Miguel Jara (salud y ecología): <http://www.migueljara.com/>

Bufete Almodóvar & Jara (daños provocados por medicamentos e intervenciones sanitarias, industria farmacéutica, salud ambiental, etc.):
<http://www.almodovarjara.com/>

Web de Andreas Kalcker (salud alternativa): <http://www.andreaskalcker.com/es/>

Revista *Discovery Salud* (salud alternativa): <http://www.dsalud.com/>

La llave del Don (una mirada sistémica a las dificultades de aprendizaje):
<http://www.lallavedeldon.com/web/>

Eres lo que comes (salud y nutrición): <http://www.etselquemenges.cat>

PubMed (buscador de textos médicos): <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

TDAH: Más allá de la etiqueta

se terminó de imprimir el día 15 de octubre de 2015
en los obradores de Arts Gràfiques Bobalà de Lleida.



TDAH: Más allá de la etiqueta

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) no existe tal como nos lo venden. No es fruto de un descubrimiento, sino de la votación del grupo de expertos de la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM). Se nos dice que es un trastorno de la conducta causado por un desorden cerebral de origen genético, pero lo cierto es que no existe ninguna prueba definitiva. Muestra de ello es que el diagnóstico se efectúa mediante la observación del

comportamiento del niño, y no de pruebas científicas objetivas. De la misma manera, se promueve la idea de que estos niños necesitan ser «normalizados» a base de peligrosas drogas estimulantes.

Javier Altamirano fue diagnosticado de TDAH a los doce años. La curiosidad y ciertas experiencias personales le llevaron a emprender su propia investigación sobre el trastorno. No tardó en encontrar una maraña de intereses y mentiras que involucran a empresas farmacéuticas, médicos, medios de comunicación, asociaciones de pacientes, etc., cuyo propósito es establecer el TDAH como una enfermedad real y vender medicamentos.

Este libro desenmascara estos intereses y mentiras, y a la vez pretende ser una guía que ayude a los padres a entender por qué sus hijos se mueven tanto y se muestran desatentos, y de qué maneras podemos ayudarles. El objetivo principal es evitar que más niños tengan que cargar con el peso de esta etiqueta prefabricada e injusta.



Stevia Editors

Balguer - Catalunya - Espanya

ISBN: 978-84-608-2918-8



9 788460 829188