Sobrediagnóstico en el Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad (TDAH)[1]

Nancy Carolina Ñañez González[2]

Natalia Duque Fonseca[3]

MariaYelitza Betancur[4]

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad (TDAH) en niños, es una problemática que ha venido en aumento en los últimos años; presenta una alta prevalencia en la población infanto-juvenil, debido al uso de pruebas diagnósticas no ajustadas a la realidad de la patología, junto a unos intereses económicos poco éticos, de este modo se han dado diagnósticos erróneos. El TDAH se define como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo de quien lo padece. El presente artículo de revisión tiene como objetivo reconocer las consecuencias del sobrediagnóstico del TDAH en los niños. Se entiende por sobrediagnóstico el diagnóstico de una enfermedad que no ocasionará síntomas a lo largo de la vida de una persona, pero cuyo tratamiento y seguimiento, en cambio, tiene un impacto a nivel físico, psicológico y económico. A través de la revisión teórica

[1] El presente artículo de revisión pretende reconocer las consecuencias del sobrediagnóstico en el trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH).

[2] Psicóloga Universidad de Manizales. Estudiante aspirante a grado de la Especialización en Psicología Clínica con Énfasis en Infancia y Adolescencia. Correo: capsico12@hotmail.com

[3] Psicóloga Universidad de Manizales. Estudiante aspirante a grado de la Especialización en Psicología Clínica con Énfasis en Infancia y Adolescencia. Correo: nataliaduquef@gmail.com

[4] Asesora. Especialista en Psicología Clínica. Universidad Católica de Colombia. Correo: yelitzabetancur@hotmail.com

se concluye que las consecuencias del sobrediagnóstico están relacionadas con problemas de autoestima, ansiedad, depresión y los efectos secundarios del consumo de psicoestimulantes. Si bien se ha encontrado que el TDAH tiene una alta contribución genética y neurobiológica, es necesario ampliar la mirada y reconocer que existen otros factores psicosociales, ambientales y del contexto.

Palabras claves: Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad, niños, prevalencia, sobrediagnóstico, consecuencias.

TITLE: Overdiagnosis in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children is a problem that has been increasing in recent years; It has a high prevalence in the child-youth population, due to the use of diagnostic tests not adjusted to the reality of the pathology, together with unethical economic interests, thus there have been erroneous diagnoses. ADHD is defined as a persistent pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity that interferes with the functioning or development of the sufferer. This review article aims to recognize the consequences of overdiagnosis of ADHD in children. Overdiagnosis is understood as the diagnosis of a disease that will not cause symptoms throughout a person's life, but whose treatment and follow-up, on the other hand, has an impact on a physical, psychological and economic level. Through the theoretical review, it is concluded that

the consequences of overdiagnosis are related to problems of self-esteem, anxiety, depression and the side effects of the consumption of psychostimulants. While it has been found that ADHD has a high genetic and neurobiological contribution, it is necessary to broaden the look and recognize that there are other psychosocial, environmental and context factors.

Key Words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, childrens, prevalence, overdiagnosis, consequences

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad (en adelante TDAH) se encuentra definido en el DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo de quien lo padece con una duración de al menos seis meses y afecta directamente las actividades sociales, académicas y laborales.

En Colombia se han desarrollado algunos estudios de prevalencia del TDAH, entre los cuales se encuentra el realizado por Vélez-Álvarez & Claros, (2013) en el municipio de Manizales, con niños de 5 a 7 años, que evidencia que el trastorno fue más frecuente en niños que tenían 6 años, cuya prevalencia fue del 8,2 %. Asimismo, Vélez (citado en Sánchez y Torres 2018) encontraron que en Antioquia la prevalencia de este trastorno está entre el 15 y el 17 %, mientras que en Bogotá fue del 5.4 %.

Ante la realidad del TDAH y su alta prevalencia se muestra una preocupación relacionada con el sobrediagnóstico, que, definido por Martin Álvarez & Tranche Iparraguirre, (2016) es el diagnóstico de una enfermedad que no ocasionará síntomas a lo largo de la vida de una persona,

pero cuyo tratamiento y seguimiento, en cambio, sí ocasionarán daños y costes sin aportar ningún beneficio. Por otro lado, Zaray, Peñas y Padilla (2019) plantean que el sobrediagnóstico se da debido a que no se realizan las pruebas pertinentes ni se hace una evaluación que abarque todos los contextos que rodean al niño.

Por su parte, García & Domínguez, (2012), indican que el sobrediagnóstico genera como consecuencias tres categorías de daños a las personas que lo padecen. La primera tiene que ver con los tratamientos innecesarios que están asociadas a los efectos secundarios que trae el consumo de psicoestimulantes; la segunda, con los efectos psicológicos que tiene el hecho de ser etiquetado como enfermo y que genera una carga emocional y hace más vulnerable al individuo. La tercera se asocia a la carga económica, no solo por los gastos del tratamiento, sino también por el costo que supone para el sistema la realización de pruebas innecesarias.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente artículo de revisión tiene como objetivo reconocer las consecuencias del sobrediagnóstico de TDAH en los niños. Para ello, se revisaron inicialmente 50 artículos en idioma español y portugués entre los años 2008 y 2019; de los cuales se excluyeron 20 que no fueron relevantes para el objetivo de la revisión. Los 30 artículos restantes permiten hacer una revisión del tema que se iba a abordar, así mismo se realizaron 30 fichas bibliográficas una de cada artículo revisado, que dieron lugar a la elaboración del marco teórico. La búsqueda de la información se realizó en las bases de datos Scopus, Scielo, Redalyc, Dialnet, Bireme y Google académico, las cuales proporcionan calidad científica. Las categorías utilizadas al momento de buscar la información fueron: hallazgos y resultados, teoría, procedimientos o métodos de investigación e informes de casos clínicos. Asimismo, se utilizaron descriptores como: TDAH, sobrediagnóstico, medicalización, prevalencia, historia del TDAH. De igual forma otra forma de categorizar la bibliografía consistió en la utilización de fuentes primarias y secundarias, de las cuales, las secundarias tuvieron mayor relevancia en el artículo debido a que las fuentes

primarias databan de diez años atrás lo cual no era permitido dentro de los criterios de evaluación y no permitían tener una información actualizada que diera pertinencia y validez al artículo.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad es la patología neurocomportamental infantil y juvenil más frecuente (García & Domínguez, 2012). Por tanto, es importante remitirse inicialmente al DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), en el cual se define el TDAH como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo de quien lo padece, y que, con una duración de al menos 6 meses, afecta directamente las actividades sociales, académicas y laborales del paciente. Para el diagnóstico del TDAH se tienen en cuenta dos subtipos según el DSM V: Inatención e Hiperactividad-impulsividad ; en el subtipo inatento: con frecuencia se falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades; parecen no escuchar cuando se le habla directamente; no siguen instrucciones y no terminan las tareas, los quehaceres escolares y los deberes laborales; presentan dificultad para organizar tareas y actividades, para gestionar tareas secuenciales, para poner los materiales y pertenencias en orden. Por su parte, en los criterios para el subtipo de hiperactividad e impulsividad se evidencia que con frecuencia juguetea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento; se levanta repetidamente en situaciones en las que debe permanecer sentado; es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas. Además, habla excesivamente; se le dificulta esperar su turno; interrumpe y se inmiscuye con otros; utiliza las cosas de otras personas sin permiso DSM V (2013).

La Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH, s.f.) hablan del TDAH como una patología psiquiátrica que padece entre un 2 % y

un 5 % de la población infantil. Así, se trata de uno de los trastornos más importantes de la psiquiatría infanto-juvenil, pues constituye cerca del 50 % de su población clínica. En un estudio realizado por Weiss et. al (2015) se encontró que la prevalencia de TDAH en niños escolares, en diferentes naciones del mundo, es de 5.29 %. Estados Unidos, por su parte, es el país occidental pionero en el crecimiento de diagnósticos; datos oficiales que establecen una prevalencia del 11 % de la población entre 4 y 17 años, según el reporte del *Centers for Disease Control and Prevention* (2017), citado en Saiz Fernández, (2018).

En Latinoamérica la prevalencia oscila en un rango de 5 a 20 % según el Consenso latinoamericano (2007) citado en González y Villalta (2017), y en Perú la prevalencia del TDAH es del 5 a 10 %. Según Wessely (2015) citado en Saiz Fernández, (2018), en algunas zonas de Colombia se presentan tasas de TDAH que llegan al 20 %. Sin embargo, Inés, Vicario, & Esperón (2015) han encontrado que es difícil conocer un porcentaje exacto de la prevalencia del TDAH, ya que influyen varios factores, como el tipo de clasificación utilizada, los métodos de evaluación diagnóstica empleados, la fuente de información (padres, maestros, cuidadores), el tipo de muestra y las características socioculturales de la población.

Dentro de los factores de riesgo del TDAH se encuentra como primera causa las variables biológicas. Quintero & de la Mota (2014) plantean que existe una base genética del TDAH con una heredabilidad en torno al 75 %, con genes pertenecientes a vías de señalización de los neurotransmisores dopamina, noradrenalina y serotonina.

Valera et. al (2007), citados en (Rubiales, Bakker, & Urquijo, 2010), han realizado estudios neuropsicológicos, neuroquímicos y de neuroimagen estructural y funcional en los que demuestran que el TDAH está caracterizado por anomalías en una amplia variedad de regiones cerebrales, entre las que destacan aquellas que forman el circuito fronto-estriado: corteza prefrontal dorsolateral y regiones dorsales de la corteza cingulada anterior y el estriado. La disfunción de este circuito parece

ser el responsable del déficit ejecutivo y especialmente del pobre control inhibitorio evidenciado en niños, adolescentes y adultos con TDAH.

Asimismo, un estudio realizado por Kollins (2009) muestra que tanto niños como adultos con TDAH tienen menor grosor cortical en las áreas prefrontal y parietal, lo que indica una correlación entre el grosor cortical y los resultados clínicos globales, sugiriendo que un menor grosor ocasiona mayor evidencia clínica del trastorno.

Un aspecto que también ha estado asociado con los síntomas del TDAH es el factor psicosocial, en el cual se contempla la interacción con padres y la estabilidad del sistema familiar como componentes cruciales en la aparición de problemas emocionales y conductuales en el TDAH (Roca et al., 2000) citado en (Quintero & Utria, 2011).

En el ámbito familiar se han encontrado algunos problemas relacionados con la presencia de algún tipo de violencia, un uso deficiente de la disciplina y ambivalencia en la autoridad, factores que no favorecen el autocontrol, y que son, por tanto, algunos de los aspectos que influyen en la aparición del trastorno en los niños (A. Quintero & Utria, 2011). Las últimas investigaciones llevadas a cabo por (Barkley, RA, 2010) enfatizan que los niños con TDAH tienden a presentar limitaciones en dos componentes de control: la impulsividad emocional y las dificultades en el autocontrol emocional. Los autores, (Braaten y Rosen, 2000) citados en (Maldonado, González, Castillo, & Juárez, 2011) han demostrado que los niños con TDAH muestran dificultad para reconocer las emociones en los demás, lo cual contribuye a las dificultades para su desarrollo social.

Por otro lado, Barkley 2002, citado en Pintor Cano, (2011), habla de la existencia de numerosos estudios en los que se relacionan factores ambientales como el consumo de alcohol y nicotina durante el embarazo por parte de las madres, los cuales aumentan la probabilidad de que sus hijos presenten hiperactividad, falta de atención e incluso TDAH.

Los estudios clínicos sobre el TDAH en diferentes edades han demostrado que la comorbilidad psiquiátrica está presente entre el 70 % y el 80 % de los casos. No ha sido posible establecer si los trastornos asociados son una variante del TDAH o son coexistentes y etimológicamente independientes, como sugieren Martínez, Henao, & Gómez (2009). Un estudio realizado por López Castilla, (2015) describe que la comorbilidad del TDAH con alteraciones de la coordinación motora es de un 47 %; se define como una torpeza que no es debida a síntomas neurológicos o lesiones, sino que responde a un perfil psicomotor que tiene dificultad para dominar su cuerpo, moverse en espacio y hacerlo de manera intencionada; por tanto, interfiere en el aprendizaje escolar y actividades de la vida habitual.

En este mismo estudio, López Castilla, (2015) plantea que la comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con trastornos del estado de ánimo, como depresivo mayor y distimia o trastornos bipolares, es del 15 al 75 %. Además, evidencia un aumento de la irritabilidad y la tristeza, así como cambios en los patrones del sueño. Quienes padecen esta comorbilidad apenas se pueden concentrar y pensar, se consideran inútiles, hay una pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía, baja autoestima y, muchas veces, sentimientos de desesperanza.

Artigas, Herrera, Bermejo, Fernández, y Soto 2011, como se citan en Montoya y Herrera, (2014) encontraron que tanto el trastorno negativista desafiante; como los trastornos de conducta forman parte de algunos de los trastornos asociados más comunes.

Evolución del diagnóstico del TDAH

Para defender la validez diagnóstica del TDAH, la literatura especializada emplea generalmente un argumento histórico, según el cual dicha validez resultaría indiscutible, debido al hecho de que diversas fuentes médicas hablaban ya del TDAH hace varios siglos; esto demostraría que el TDAH no es una creación de nuestro tiempo (García de Vinuesa Fernández, 2017).

Iniciando el recorrido histórico (García de Vinuesa Fernández, 2017) señala al escocés Alexander Crichton, en el año 1798, quien describe los síntomas de lo que hoy conocemos como TDAH, con presentación inatenta. A esta manifestación le dio el nombre de inquietud mental, y ponía el acento en la dificultad de los chicos que la padecían para poder prestar atención de manera correcta. (Barceló 2016) plantea que, en 1902, el pediatra Británico George Still describió la hiperactividad infantil bajo el nombre de síndrome de lesión cerebral; este síndrome estaría presente en niños con lesiones cerebrales, como en niños con lesiones cerebrales no detectables clínicamente e incluso sin etiología precisa. En ese mismo año Still desarrolló una idea de la hiperquinesia, asociándola a fallos en el control moral, y encontró que los niños presentaban hiperactividad, dificultad para sostener la atención, reacciones violentas, agresividad y poca respuesta al castigo (Isorna Folgar, 2016). Además, pensaba que estos déficits estaban relacionados entre sí y tendrían un origen neurológico (López Córdoba & Caviedes, 2012).

En el año de 1968 se publicó la segunda versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM II), el primero en abordar el problema de la hiperactividad y la impulsividad en los niños, denominándolo 'reacción hipercinética infantil', definida allí como la presencia de actividad excesiva, agitación, distractibilidad y una limitada capacidad de atención. Asimismo, ubicó la edad de aparición de los síntomas en la primera infancia y señaló su decremento hacia la adolescencia. Las críticas realizadas a esta edición se basaron en que la validez del diagnóstico se centró primordialmente en una valoración clínica intuitiva y puramente descriptiva, con lo cual no se establecen criterios uniformes para su definición (Trujillo-Orrego, Ibáñez, & Pineda, 2012).

Después, en 1980, la tercera revisión DSM jerarquizó el trastorno de la atención sobre los demás. El énfasis ya no se ponía en la hiperactividad, sino en el déficit atencional, que podía diagnosticarse con hiperactividad o sin hiperactividad, pues esta pasó a un segundo plano (Isorna

Folgar, 2016). Además, esta versión del manual diagnóstico fue útil para aclarar las confusiones diagnósticas a partir del establecimiento de 16 síntomas, subdivididos en tres grupos que debían analizarse de acuerdo con la afectación en la atención (Trujillo-Orrego et al., 2012).

Los criterios diagnósticos, como lo plantean López, Rodríguez, Sacristán, Garrido, Martínez, Andrés de Llano para el TDAH del DSMI V, están derivados de estudios empíricos, y son los más rigurosos en la historia del diagnóstico clínico de este trastorno. En el DSM-IV los criterios conceden el mismo peso a cada síntoma a la hora de tomar decisiones diagnósticas, a pesar de que los estudios que figuran en la base de este manual diagnóstico observaron que no todos los ítems de inatención e hiperactividad-impulsividad son iguales con respecto a su capacidad para predecir un TDAH, y que, en función de variables como la edad, sexo o dimensiones culturales, pudieran tener un peso diferente.

En 2013 fue publicado el DSM-V, y en él, aunque la tipificación del TDAH mantiene la estructura en torno a síntomas y subtipos, añade aclaraciones ampliatorias de la importancia en cada síntoma; además, eleva la edad de manifestación de algunos síntomas de 7 a 12 años y cobra relevancia el diagnóstico de TDAH en adultos (DSM-5, 2013). Por otro lado, en el DSM-V el TDAH dejó de considerarse un trastorno de inicio en la infancia, adolescencia y juventud, para incluirse como un trastorno del neurodesarrollo (Bianchi, 2016).

De igual forma, en el DSM-V no se excluye la comorbilidad, como en el DSM-IV-TR, por lo que es fácil imaginar que muchos niños serán frecuentemente diagnosticados de patología dual, una por la conducta desatenta o hiperactiva, otra por los déficits en la comunicación social y las conductas, intereses y actividades restringidas y repetitivas (Isorna Folgar, 2016).

A pesar de las claridades brindadas en la última versión del DSM-V, para el diagnóstico del TDAH, García, et al. (2011) considera que los criterios actuales son insuficientes, lo cual da lugar a diversos obstáculos en la práctica clínica, no solo en lo referente a las diferencias de género y la

estabilidad de los síntomas a lo largo de la vida, sino también en variables socioambientales, familiares y culturales.

Sobrediagnóstico del TDAH

Para Sánchez y Torres (2018), la falta de consenso y controversias que se han suscitado a lo largo de la historia sobre la validez de los criterios diagnósticos del TDAH reflejan una tendencia al aumento de este diagnóstico. En consecuencia, se tiende también al aumento en el consumo de psicoestimulantes, lo que lleva a estudiar la posibilidad de un sobrediagnóstico, que es entendido como el fenómeno generado por aquellos casos en los que se establece un diagnóstico de este trastorno sin realizar un adecuado estudio longitudinal del problema, o sin tener en cuenta la etapa evolutiva, el desarrollo neurológico, el modelo de crianza del paciente y los factores psicosociales.

Durante los últimos años, tanto en Colombia como en otros países, profesionales de diferentes disciplinas y padres se han cuestionado por el alarmante aumento del diagnóstico de TDAH y la prescripción de psicoestimulantes a escolares de edad cada vez más temprana. Las causas de este fenómeno se deben a una multiplicidad de factores. Por un lado, a evaluaciones médicas apresuradas y protocolizadas y los efectos del *marketing* por parte de la industria farmacéutica, la medicalización, patologización de la salud mental; por otro lado, a la creciente presión de la comunidad escolar por tener un desempeño académico de excelencia (Dentone, 2015). Asimismo, (Sánchez & Torres, 2018) reafirman estos planteamientos al referir que “la problemática que surge con el sobrediagnóstico y la medicalización del trastorno se da como consecuencia del desconocimiento del perfil psicoeducativo de estudiantes con TDAH por parte de los docentes que remiten a los jóvenes con bajo rendimiento académico o conductas inapropiadas a neurología o psiquiatría, donde generalmente reciben un diagnóstico superficial y un tratamiento farmacológico apresurado.

En este sentido, los padres también tienen un rol importante en el diagnóstico, por la necesidad de conocer el problema de sus hijos. Como lo plantea María J. García (2006) citada en (Sánchez & Torres, 2018), la búsqueda afanada de un diagnóstico se justifica por una necesidad de calmar la culpa de los padres, pues hacerles saber que el problema no es causado por ellos los tranquiliza. En la tendencia actual por la medicación, saber lo que ocurre y, sobre todo, saber que existe un tratamiento farmacológico, les permite a los padres estar tranquilos, no solo porque que se ha identificado el problema, sino porque existe para él una solución rápida.

Reconociendo las implicaciones que puede tener un sobrediagnóstico debido a la necesidad tanto de padres como de profesores de encontrar una solución inmediata, es importante, como lo plantean Sánchez & Torres (2018), que los maestros y padres de familia relacionados con el paciente tengan un conocimiento básico de las características de conducta y síntomas del TDAH. Son ellos quienes no solo tienen un primer contacto con las posibles necesidades de los estudiantes, sino quienes les pueden brindar espacios propicios para que no se vean afectados en su desarrollo académico, emocional y social.

Debido a las implicaciones que pueden darse por el sobrediagnóstico, es importante, como lo señalan Sánchez y Torres (2018), no solo continuar indagando en los diferentes factores psicosociales, sino ampliar la perspectiva de los diversos elementos que influyen en el niño y su contexto, para identificar la presencia o no del trastorno.

No obstante, Quintero y Utria (2011) no solo plantean que en la actualidad se ha venido reestructurando la explicación biológica del TDAH, sino que además, han comprobado la influencia directa que genera el contexto, las pautas de crianza en la familia y la estimulación o no del ambiente en la aparición de este trastorno, lo cual amplía los factores que pueden incidir y que deben ser tenidos en cuenta al momento de la valoración para minimizar las posibilidades de un sobrediagnóstico del trastorno.

García y Domínguez (2012) plantean que diferentes y reconocidas organizaciones, como ONU, OMS y UNICEF, han manifestado su preocupación por el incremento en el diagnóstico del TDAH, pues no se identifican evidencias clínicas justificadas. Además, consideran necesario que los profesionales de la salud realicen una cuidadosa y rigurosa evaluación diagnóstica. Al respecto, Zapico Melayo & Pelayo Terán, (2012) refieren que existen opiniones contrarias que niegan la existencia del trastorno, enfatizando en la influencia e interés de las compañías farmacológicas, con lo cual se creó el mito de la «invención del TDAH». A partir de lo anterior, García y Domínguez (2012) se preguntan ¿existe este trastorno o es una invención para medicar a personas sanas y lucrarse en función de esto? Para responder a esta pregunta se requiere que, los profesionales de la salud realicen un muy buen proceso de razonamiento clínico y hagan uso de pruebas unificadas para determinar un trastorno y su adecuado tratamiento; para esto es necesario, como plantea Ripol Baixas, (2015), que se genere un protocolo de pruebas para el diagnóstico de TDAH en términos oficiales, y así evitar los diagnósticos equivocados o sobrediagnósticos.

Por su parte, autores como Lasa 2010, como se citó en Isorna Folgar, (2016) plantean que si bien es cierto que los médicos son los principales agentes para definir una enfermedad o patología, porque son el ojo clínico que legitima la enfermedad, también es cierto que cada vez más está presente en la literatura científica el concepto de 'conflicto de intereses' entre los médicos y la industria farmacéutica, como refieren (Fava, 2007; Lasa, 2010), citados en Isorna Folgar (2016) […] el problema está en que a la lógica e imprescindible colaboración entre ambas se le suma […] el de definir cuando estas sinergias trabajan en pro de la lucha contra la enfermedad, invirtiendo en investigación y obteniendo los beneficios económicos correspondientes y cuando lo hacen en pro de intereses económicos preocupándose más del marketing y venta de productos que del desarrollo de costosas investigaciones y de hacer frente a mejorar enfermedades poco rentables comercialmente (p. 192).

Sroufe, 2012 (citado en Red de Centros de Información de medicamentos de Latinoamérica y del Caribe, 2013) señala que 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.

En definitiva, (Sanz Rodríguez, 2017) propone que unas pruebas diagnósticas no ajustadas a la realidad de la patología, junto a unos intereses económicos poco éticos, han favorecido la prevalencia del TDAH, y que de este modo se han dado diagnósticos erróneos. Por lo tanto, desde las administraciones y los propios sectores implicados en el diagnóstico se ha de apelar a la responsabilidad y deontología profesional, para que el diagnóstico de cualquier patología, no solo del TDAH, se realice de acuerdo con criterios exclusivamente médicos.

Coll et.al (2018) reafirman que un mal diagnóstico puede llegar a tener unas repercusiones personales, de modo que el sujeto se va a sentir vulnerable y frágil. El sobrediagnóstico de TDAH no solo deja una marca o etiqueta que propicia burlas en los niños, sino que de manera colateral provoca sentimientos de fracaso, incapacidad, baja autoestima y desmotivación por aprender, así como síntomas depresivos y ansiedad (Henríquez Posada, Niño Malagón, & Correa Giraldo, 2016). Como refieren Gimeno Morales & Galbe Sánchez-Ventura (2015):

> etiquetar a un paciente supone convertir a una persona con un problema o dificultad en enfermo, creando dependencia del sistema, carga física y emocional, pues etiquetar siempre tiene consecuencias. Puede ser estigmatizante y dar lugar a una discriminación social y escolar…puesto que el niño adapta y organiza su personalidad frente a un diagnóstico innecesario, que lo marca como diferente.

Según (García & Domínguez, 2012) existen tres categorías de daño asociadas al sobrediagnóstico: la primera está relacionada con los efectos físicos del diagnóstico y tratamientos innecesarios, la segunda, por los efectos psicológicos con el desarrollo de una carga emocional o "estigma" por el hecho de ser etiquetado como "enfermo" y esto se asocia a un aumento en la

vulnerabilidad del individuo, y la tercera está relacionada con la carga económica, no solo por los costes asociados al tratamiento sino también por el costo que supone para el sistema la realización de pruebas innecesarias.

Asimismo, Infac, 2013 (citado en Jurado 2015) señalan que el sobrediagnóstico puede dar lugar a una prescripción inadecuada de fármacos para su tratamiento, con el consiguiente riesgo de aumento de reacciones adversas (alteraciones del sueño, apetito y crecimiento y aumento del riesgo cardiovascular). Además, Breggin, (1999) como se cita en (López Castilla, 2015) refiere que el consumo continuo de psicoestimulantes, como el metilfenidato, causa apatía, retiro social, depresión emocional y docilidad, así como comportamientos obsesivos y perseverantes, todos ellos especialmente aptos para desenvolverse en ambientes altamente estructurados, como las escuelas actuales.

Por último, Cova, Rincón, Grandón, Saldivia, & Vicente, (2017) plantean que el proceso de psicopatologización puede generar serios problemas de credibilidad y legitimidad para los profesionales del campo y para el desarrollo científico, debido a que categorías no válidas conceptualmente no permitirán una mejor comprensión de la psicopatología. Ello es ratificado por Cova, Rincón, Grandón, Saldivia, & Vicente (2017) quienes refieren que:

> El aumento intensivo de la población que recibe diagnósticos de trastornos mentales, la proliferación de las categorías diagnósticas y el incremento explosivo del consumo de psicofármacos, han sido problematizados como indicadores de una inflación diagnóstica, que generaría una injustificada psicopatologización […] Ello afectaría a la propia credibilidad de las disciplinas relacionadas con la salud mental y, particularmente, de la psiquiatría" (p.86).

DISCUSIONES

Los estudios revisados señalan que el TDAH es uno de los trastornos más comunes en la actualidad en la población infantil, lo cual ha generado cuestionamientos frente a la existencia de éste, pues existe una comorbilidad con otros trastornos que puede generar en los profesionales confusión al momento de elaborar un diagnóstico, por ende se requiere de una cuidadosa y rigurosa evaluación que permita minimizar los riesgos de presentar un sobrediagnóstico o de confundir el TDAH con otras patologías, evitando de esta manera llegar a medicalizar a pacientes sanos. Por tal motivo no se debe caer en la trampa de hacer uso apresurado del manual diagnóstico y sus criterios, ni basarse solamente en los síntomas que presentan los niños, pues éstos muestran comportamientos diversos que pueden ser malinterpretados tanto por padres como por profesores y profesionales.

A lo largo de la historia se ha dado relevancia a los factores neurobiológicos (genético-hereditarios, neuroanatómicos y neuroquímicos) como principales causantes del trastorno, llevando a profesionales de la salud; médicos y psiquiatras, a usar alternativas de tratamiento con psicoestimulantes como el metilfenidato, el cual se ha convertido en una respuesta rápida e inmediata ante la necesidad de padres y profesores de que sus hijos y alumnos se ajusten al sistema; obviando otras dimensiones de interacción del niño, como la familia y el entorno social, las cuales tienen una influencia al momento de determinar la presencia clínica del TDAH. Tanto el componente biológico como el psicosocial son cruciales y no pueden ser excluyentes en sí mismos, en el proceso de evaluación, pues se caería en la posibilidad de realizar un diagnóstico errado dando paso a un sobrediagnóstico, el cual genera tratamientos innecesarios que incrementan costos para el sistema, y a su vez, implican daños y posibles efectos secundarios en las personas.

A partir del aumento a nivel mundial del diagnóstico de TDAH nos podríamos estar enfrentando a la patologización de la infancia, haciendo que situaciones de la vida cotidiana sean

vistas como enfermedades y etiquetando y agrupando ciertos comportamientos según criterios diagnósticos. Por otro lado, es necesario que se genere un control más riguroso por parte de los organismos en salud ante el aumento en el uso del metilfenidato, de tal forma que se dé un abordaje multidisciplinar del niño y su familia.

En la revisión realizada se encontró una limitante, debido a que los estudios seleccionados se enfocan en describir las consecuencias que tienen el diagnóstico del TDAH, más no exploran a profundidad las consecuencias que trae un sobrediagnóstico en los niños, lo que no permite establecer claramente la magnitud y el impacto de esta problemática en la población infanto-juvenil.

CONCLUSIONES

El Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad es uno de los trastornos más frecuentes en la infancia; a través de la historia se han realizado diferentes planteamientos y han surgido diversas denominaciones que incidieron en la ausencia de criterios homogéneos para establecer un adecuado diagnóstico. Con la inclusión del TDAH en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), se definen los criterios diagnósticos, se clasifican los subtipos, se establece un rango de edad de aparición de los síntomas, se describen otros trastornos asociados y se encuentra que las afectaciones trascienden el plano de lo psicológico.

Existe una alta prevalencia de TDAH que obedece a un cúmulo de factores, entre los que es posible encontrar la ausencia de pruebas estandarizadas que permitan determinar la presencia o no del trastorno y el uso de los criterios del manual diagnóstico sin que esté acompañado de una evaluación integral. En definitiva, (Sanz Rodríguez, 2017) propone que unas pruebas diagnósticas

no ajustadas a la realidad de la patología junto a unos intereses económicos poco éticos han favorecido la prevalencia del TDAH.

Si bien se ha encontrado que el TDAH tiene una alta contribución genética y neurobiológica, es necesario ampliar la mirada y reconocer que existen otros factores psicosociales, ambientales y del contexto que deben ser tenidos en cuenta por los profesionales de las diferentes disciplinas para realizar una adecuada evaluación del trastorno y reducir los riesgos de que los niños se encuentren cada vez más expuestos a ser sobre diagnosticados.

Además, como plantean Sánchez y Torres (2018), es necesario que tanto maestros como padres de familia tengan un conocimiento básico de las características de conducta y síntomas del TDAH, pues son ellos quienes no solo tienen un primer contacto con las posibles necesidades de los niños, sino también quienes les pueden brindar espacios propicios para que no se vean afectados en su desarrollo académico, emocional y social.

Ahora bien, el sobrediagnóstico del TDAH en la población infantil obedece no sólo a la falta de evidencias clínicas justificadas, sino también a la ausencia de rigurosidad por parte de los profesionales de la salud al momento de evaluar y determinar su presencia. Se identifica también que el sobrediagnóstico puede estar asociado a la influencia de intereses de las compañías farmacológicas quienes buscan un aumento en el consumo de psicoestimulantes y así lucrar sus compañías.

Asimismo, se ha encontrado que el sobrediagnóstico del TDAH trae consigo una serie de consecuencias que afectan la vida de quienes lo padecen. Dichas consecuencias se dan en diferentes dimensiones de la vida del niño y están relacionadas con problemas de autoestima, ansiedad, depresión, rechazo social y dificultades al momento de establecer relaciones interpersonales. Además, por supuesto, de los efectos secundarios que trae el consumo de algunos

psicoestimulantes, como el metilfenidato, que genera falta de apetito, insomnio y aumento del riesgo cardiovascular.

REFERENCIAS

Barceló, M. (2016). Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) en niños . Problematizando supuestos. *Universidad de La República*. Retrieved from https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos finales/ Archivos/trabajo_final_marcelo_barcelo.pdf

Barkley, RA, M. K. (2010). Deficient Emotional Self-Regulation in Adults With Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD): The Relative Contributions of Emotional Impulsiveness and ADHD Symptoms to Adaptive Impairments in Major Life Activities. *Journal of ADHD & Related Disorders*.

Bianchi, E. (2016). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a) normalidad? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. https://doi.org/10.11600/1692715x.14128210715.

Cova, F. S., Rincón, P. G., Grandón, P. F., Saldivia, S. B., & Vicente, B. P. (2017). Sobrediagnóstico de trastornos mentales y criterios diagnósticos del DSM: La perspectiva de Jerome Wakefieldx. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*.

Dentone, C. F. (2015). NIÑOS MEDICALIZADOS : SOBREDIAGNÓSTICO DE DÉFICIT. *Universidad de Chile*.

García de Vinuesa Fernández, F. (2017). Prehistoria del TDAH: Aditivos para un diagnóstico insostenible. *Papeles Del Psicólogo - Psychologist Papers*. https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2829

García, J., & Domínguez, J. (2012). ¿ Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? *Evidencias En Pediatría*.

Gimeno Morales, M., & Galbe Sánchez-Ventura, J. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: ¿incrementa su prevalencia o se promueve su diagnóstico? *Pediatría de Atención Primaria*, *17*(65), e95–e98.

Henríquez Posada, N., Niño Malagón, C., & Correa Giraldo, J. (2016). Estrategias neuropsicopedagógicas para niños y niñas con bajo rendimiento académico asociado a TDAH. *EN-Clave Social*, *4*(2), 26–38. Retrieved from http://repository.lasallista.edu.co:8080/ojs/index.php/EN-Clave/article/view/1038

Inés, M., Vicario, H., & Esperón, C. S. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Sepeap*.

Isorna Folgar, M. (2016). El niño hiperactivo y las polémicas en torno al diagnóstico y al tratamiento del TDAH. *Innovación Educativa*. https://doi.org/10.15304/ie.26.2913.

Jurado Sepúlveda, D., & Román Tabares, N. A. (2015). Rasgos de personalidad en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 1689–1699. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Kollins, S. H. (2009). Genética, neurobiología y neurofarmacología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Recista de Toxicomanías*.

López Castilla, C. J. (2015). La medicalización de la infancia en salud mental: El caso paradigmático de los trastornos de atención. *Papeles Del Psicólogo*.

López Córdoba, N. A., & Caviedes, J. G. (2012). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, intervenciones en psicología clínica.*

Maldonado, G. G., González, A. H. S., Castillo, A. L., & Juárez, I. G. S. (2011). El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud Mental*.

Martin Álvarez, R., & Tranche Iparraguirre, S. (2016). Sobrediagnóstico, cuando las personas reciben un diagnóstico que no necesitan. *Atención Primaria*. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.001

Martínez, M., Henao, G., & Gómez, L. (2009). *Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad con los trastornos específicos del aprendizaje*. *38*(1), 178–194.

Montoya S, E., & Herrera G, E. (2014). Manifestaciones del TDAH en la etapa de educación infantil y cómo afrontarlas. *Navarro, J.; Gracia,*. Retrieved from https://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/claves/doc/emontoya.pdf

Pintor Cano, B. (2011). *Elaboración de un cuestionario para familias y docentes respecto al TDAH.*

Quintero, A., & Utria, Ó. E. (2011). *Factores de Riesgo en TDAH Universidad De San Buenaventura, Sede Bogotá*.

Quintero, J., & de la Mota, C. C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral*.

Ripol Baixas, B. (2015). *Detección e intervención del TDAH en la educación.*

Rubiales, J., Bakker, L., & Urquijo, S. (2010). Inhibición cognitiva y motora en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. [Cognitive and motor inhibition in children with attention deficit hyperactivity disorder.]. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*.

Saiz Fernández, L. C. (2018). Psicoestimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*. https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000100016.

Sánchez, D., & Torres, L. C. (2018). Sobrediagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: producto contextual o afinidad clínica David Sánchez Trujillo Laura Cristina Torres López 1. *Psyconex*, *10*, 1–15.

Sanz Rodríguez, R. (2017). *Trabajo Fin de Máster: TDAH en Educación Secundaria*.

Trujillo-Orrego, N., Ibáñez, A., & Pineda, D. A. (2012). Validez del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: De lo fenomenológico a lo neurobiológico (II). *Revista de Neurología*, *54*(6), 367–379.

Vélez-Álvarez, C., & Claros, J. A. V. (2013). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista de Salud Pública*.

Weiss, N. T., Schuler, J., Monge, S., McGough, J. J., Chavira, D., Bagnarello, M., … Mathews, C. A. (2015). *Prevalencia y tamizaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Costa Rica*. *344*(6188), 1173–1178. https://doi.org/10.1126/science.1249098.Sleep

Zapico Melayo, Y., & Pelayo Terán, J. M. (2012). TDAH: una visión multidisciplinar. *The British Journal of Psychiatry*, *111*(479), 1009–1010. https://doi.org/10.1192/bjp.111.479.1009-a

Zaray, Peñas; Padilla, M. (2019). *TDAH: historia, concepto, evaluación, diagnóstico, sobrediagnóstico y tratamientos.* Universidad de La Laguna.