

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN PRIMARIA

**Análisis crítico del Protocolo de
atención a personas con TDAH
en Atención Primaria
de la Comunidad de Madrid.**



ÍNDICE:

1. Visión global sobre el TDAH

- Bases neurobiológicas tenues
- Creciente problema de sobrediagnóstico
- Tratamientos psicofarmacológicos: no es oro aunque reluzca

2. Medicalización de la infancia

- Infancia productiva en una sociedad adultocéntrica
- Lo sanitario como gestor de recursos y apoyos del sistema educativo

3. Problemas específicos del protocolo

3.1. El marco interpretativo.

- Neuronarrativas como brújula y eje vertebrador.
- Escasa atención a lo contextual y familiar y a los determinantes sociales.

- Planteamiento de cribado oportunista sin base científica.

3.2. Los procedimientos de evaluación.

- Riesgo de sobrediagnóstico y medicalización.

3.3. La propuesta de plan terapéutico.

- Intervenciones farmacológicas, y poco más.
- La coordinación con el ámbito educativo
- Reflexiones desde la mirada interdisciplinar

4. Problemas contextuales con la actual situación de AP

5. Conflictos de interés

6. Reflexiones y propuestas

Desde la AMSM vivimos con alarma el aumento exponencial del diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y del uso de tratamiento psicofarmacológico en población infantojuvenil, principalmente psicoestimulantes. Si bien los síntomas de tendencia a la distraibilidad, a la hiperactividad o excesiva impulsividad han sido objeto de estudio y atención por parte de la paidopsiquiatría desde el siglo pasado, no ha sido hasta los años 80 que se han incluido en la categoría de trastorno (en el DSM III como TDA -Trastorno por Déficit de Atención- con o sin hiperactividad y luego en el DSM IV bajo las siglas TDAH) y en los últimos años, con el DSM V, han sido englobados dentro de los trastornos del Neurodesarrollo. Este hecho, junto con la multiplicación de estudios con marcos teóricos y metodológicos muy diversos, que han pasado a denominarlo como una enfermedad de características crónicas, alertan de que un diagnóstico o inicio de tratamiento tardío se relaciona con comorbilidades futuras, lo cual nos ayuda a entender la deriva actual con respecto a la cuestión.

El aumento significativo de estudios que ponen el foco en la cronicidad y buscan las bases neurobiológicas del cuadro clínico vienen a distraer de lo que consideramos esencial en su abordaje: **el cuestionamiento y transformación de los modos de vida actuales, que afectan gravemente al desarrollo de la capacidad de espera, la tolerancia a la frustración y el mantenimiento de la atención.** Poner el foco en la conducta y el diagnóstico invisibiliza (a veces de forma interesada) la ingente cantidad de investigación que relaciona las condiciones y modos de vida con el desarrollo de sufrimiento psíquico en la infancia y la edad adulta. A continuación planteamos un análisis del *Protocolo de atención a personas con TDAH en Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud (1)*, donde problematizamos diferentes aspectos del mismo, en aras de contribuir a un debate público que aspire a comprender mejor la complejidad de los problemas de salud mental en el contexto actual.

1. Visión global sobre el TDAH

La agrupación sintomática déficit de atención, hiperactividad e impulsividad (los tres pilares diagnósticos del TDAH) constituye, sin lugar a dudas, un cuadro clínico que se presenta con mucha frecuencia en edades escolares, que se produce por factores etiopatogénicos diversos y que forma parte de cuadros psicopatológicos diferentes. Esto supone un proceso diagnóstico complejo y por tanto la necesidad de una exploración psicopatológica sosegada y en profundidad, atendiendo al funcionamiento mental global del/la menor (2). Si a esta tríada sintomática (que da cuenta de la inestabilidad psicomotriz presente en múltiples problemáticas infantiles) la consideramos como una entidad nosológica independiente con una etiopatogenia neurobiológica determinada y al resto de manifestaciones psicopatológicas sólo como clínica comórbida, y luego le aplicamos una evaluación diagnóstica breve basada en la cuantificación de síntomas, nos veremos abocados a una patologización excesiva, a un abordaje terapéutico erróneo y a una utilización desmedida de psicofármacos.

1. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. (2023). *Protocolo de Atención a Personas con Trastorno de Déficit de Atención - Hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria*. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

2. Lasa Zulueta, A. (2001) Hiperactividad y trastornos de la personalidad I: Sobre la hiperactividad. Revista SEPYPNA. 30-32. Disponible en: <https://bit.ly/3Jy2Xo1>

Esta es, sin embargo, la hipótesis conceptual sobre la que está diseñado el protocolo a pesar de no existir literatura científica consistente que la respalde, ni garantías en la seguridad y eficacia de los tratamientos farmacológicos que habilita.

Bases neurobiológicas tenues.

El discurso científico dominante defiende la hipótesis de una etiología principalmente orgánica del TDAH, por la cual éste se produciría por un desequilibrio neurobiológico que estaría influido de forma secundaria por diversos factores ambientales. Esta premisa, que ha cobrado fuerza en los últimos años al incluirse este diagnóstico dentro de los trastornos del neurodesarrollo, **mantiene su prestigio a pesar de la falta de solidez de su evidencia.** A día de hoy no existen estudios científicos, libres de conflicto de intereses, que confirmen un origen genético, que hayan demostrado alteraciones neurofisiológicas, ni comprobado tampoco alteraciones en la neuroimagen en los sujetos diagnosticados de TDAH (3). Dar por válida una causa biológica incierta, y ponerla en el centro de la constelación de factores con los que el TDAH se ha relacionado, es una elección que **condiciona el marco en el que se va a valorar y las soluciones que se van a ofrecer.** Presentar una hipótesis biológica conlleva un marco patologizante, clínico y con soluciones de corte biológico, que a su vez arrastra una medicalización desmedida y una falta de atención a otros factores etiológicos determinantes.

Creciente problema de sobrediagnóstico.

La incidencia del diagnóstico de TDAH en consultas de Salud Mental se triplicó del 2001 a 2007, aun cuando la sospecha diagnóstica de TDAH en las derivaciones infantiles desde Atención Primaria (AP) se confirmó sólo en 1 de cada 5 casos. Este aumento de la detección coincide con un aumento en la prescripción de psicoestimulantes desde este nivel asistencial (4). No puede entenderse el TDAH sin la participación, junto al sistema sanitario, del sistema educativo, las redes comunitarias y la sociedad civil en la que habitan los niños/as y adolescentes a quienes se diagnostica. La complejidad de este cuadro clínico hace preciso un abordaje multidisciplinar y una comprensión de cada caso en su contexto sociofamiliar para poder realizar un diagnóstico acertado. Reducir la evaluación a una cuantificación de síntomas, especialmente sin el tiempo y el contexto adecuados, conlleva indefectiblemente un sobrediagnóstico del TDAH (5). Hay que tener en cuenta, además, que las escalas que se proponen se basan en el criterio subjetivo de la persona evaluadora y los síntomas que valoran tienen una pobre correspondencia con las disfunciones académicas o sociales, por lo cual no deben ser tenidas en cuenta más que de forma complementaria a la hora de realizar el diagnóstico.

Ante toda la incertidumbre descrita en torno al diagnóstico de TDAH y el riesgo de iatrogenia que

3 Servicio Navarro de Salud (2013). Atentos al déficit de atención (TDAH). Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra, 21(5). Disponible en: <https://bit.ly/3Xh3sbl>

4. Lasa-Zulueta A., Jorquera-Cuevas C. (2009) Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBAN Nº 2007/09. Disponible en: <https://bit.ly/465KokV>

5. Panorama Team. (15 de mayo de 2023). ADHD: Private clinics exposed by BBC undercover investigation. BBC News. Disponible en: <https://bbc.in/3qXkZJS>

puede conllevar, conviene **recordar el concepto de prevención cuaternaria**: "identificar pacientes o población en riesgo de sobremedicalización, para protegerlos de intervenciones médicas invasivas y proponerles procedimientos o cuidados éticamente aceptables" (6).

Tratamientos psicofarmacológicos: no es oro aunque reluzca.

El tratamiento farmacológico del TDAH se realiza principalmente con psicoestimulantes como el metilfenidato o la lisdexanfetamina. También se emplean fármacos como la atomoxetina (inhibidor de la recaptación de noradrenalina) y otros en una segunda línea de tratamiento. Si partimos de la base de que la etiología del TDAH es neurobiológica, un tratamiento farmacológico corrector del supuesto desequilibrio neuroquímico está servido. La evidencia de esta "corrección" no existe, pero sí se puede observar un efecto terapéutico basado en producir un aumento de la vigilancia, de la atención sostenida y de la capacidad de concentración al aumentar la disponibilidad de noradrenalina y dopamina en el espacio sináptico. Este efecto ocurre al administrar psicoestimulantes tanto en personas con diagnóstico de TDAH como en las que no. Por lo tanto, los estimulantes de la atención son un tratamiento sintomático para la dificultad en la atención y en la concentración, sea cual sea el trastorno o causa que las produce, y como tal deben ser considerados. Es decir, que **una buena respuesta al tratamiento no nos orienta a confirmar o desmentir un diagnóstico**. En los estudios realizados en pacientes diagnosticados de TDAH se ha encontrado evidencia de que el uso de los psicoestimulantes mejora los síntomas en el corto plazo, mientras que **en los estudios a largo plazo no se ha encontrado diferencias con otros tratamientos** (7).

Debemos conocer también que estos fármacos cuentan con efectos secundarios frecuentes como el insomnio, cefalea, dolor abdominal, pérdida de apetito que puede conllevar una afectación de la ganancia ponderoestatural y se han llegado a desaconsejar en niños con problemas de crecimiento. También se han observado incrementos de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca, y más raramente síntomas psicóticos, agresividad, ideas autolíticas o muerte súbita. Además, hay que tener en cuenta otro conjunto de efectos adversos relativamente frecuentes que suelen pasar desapercibidos porque la población en la que se administran -fundamentalmente, niños y niñas en edad escolar-, no tienen en muchas ocasiones capacidad para entender y expresar bien lo que sienten, como son el aplanamiento del humor, la pasividad, la pérdida de la espontaneidad, de afán exploratorio y de la capacidad de disfrutar de las actividades, que deben ser exploradas más cuidadosamente cuanto menor es la edad.

Conocer bien estos fármacos, lo que esperamos de ellos, sus efectos nocivos y lo que aún desconocemos, es indispensable para darles un uso en su justa medida. Más aún en este momento social en el que el ideal de rendimiento, tanto en lo que supone buenos resultados como capacidad de trabajo, presiona ya desde las primeras etapas educativas y por tanto promueve soluciones rápidas en caso de verse interferido. **Los tratamientos farmacológicos pueden convertirse en una solución cortoplacista que desatiende otras áreas importantes de la vida de niños y niñas.**

6. Nève, J., Bernstein, J., Terra, M.A. (2013) *Prevención cuaternaria, una tarea explícita del médico generalista. Una entrevista con Marc Jamouille*. Archivos de Medicina Familiar y General. 10, pp. 23-26.

7. Servicio Navarro de Salud (2013). Atentos al déficit de atención (TDAH). Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra, 21(5). Disponible en: <https://bit.ly/3Xh3sbl>

2. Medicalización de la infancia.

Después de siglos en los que los/as menores eran considerados adultos de pequeño tamaño, a partir del siglo XX, la infancia adquiere un nuevo estatuto gracias a los métodos de control de la natalidad, la entrada de la mujer al mercado laboral y a la posibilidad de un proyecto individual de vida que excluya la maternidad/paternidad (8). Los hijos e hijas llegan ahora más como efecto de una elección que de una etapa vital, y ocupan el lugar de **un objeto privilegiado y muy protegido en el que se depositan miles de deseos y expectativas** que, si nos descuidamos, pueden aplastar la emergencia de su voz y la expresión de su subjetividad. Esta tendencia de época a desresponsabilizar a niños y niñas, a olvidar que son sujetos que toman decisiones, los hace especialmente vulnerables a ser explicados por los discursos científicos imperantes y por lo tanto a la medicalización de sus acciones cuando no son socialmente adaptadas.

Por otro lado, padres y madres se encuentran **desorientados en una crianza en la que se ha resquebrajado el sostén comunitario sociofamiliar y se han pulverizado los referentes simbólicos** que en épocas anteriores ayudaban a guiarse en la educación. Esto nos deja, como plantea Timimi (9), asediados y monitorizados por los múltiples saberes que proliferan en las redes. Esta sensación de falta de explicaciones y herramientas para abordar las dificultades de la infancia contribuye también a que desde una posición científica experta de prestigio y poder se brinde un campo abierto para sembrar teorías.

Tampoco ayuda a defendernos de certezas científicas el hecho de que la psicopatología infantil sea un cuerpo teórico con menos de un siglo de historia en el que queda mucho por conceptualizar y organizar, y que el sujeto del cual se ocupa sea un sujeto en evolución, lo que complica la agrupación de síntomas y delimitación de problemas clínicos.

Infancia productiva en una sociedad adultocéntrica.

Nuestra sociedad actual vive una crisis de la atención sin precedentes, que autores como Amador Fernández-Savater (10) la conceptualizan como el elemento que quizá con mayor precisión puede revelarnos de qué está hecha la sociedad en la que vivimos. Es generalizada la disminución de la capacidad de concentración, la dificultad para dedicar tiempo de calidad a las relaciones, la búsqueda de la estimulación constante, el modo en que la tecnología nos la ofrece, casi siempre vinculada al consumo de uno u otro bien. Esta crisis de la atención sucede en un contexto de aceleración vertiginosa, donde el desarrollo humano se confunde con una emprendeduría personal sin horarios, y una creciente exigencia de rendimiento profesional y social cuyos efectos probablemente sólo estamos empezando a vislumbrar. Nuestro modo de vida está cambiando nuestra manera de prestar o no atención, y sin embargo no aparece ninguna alusión a este respecto a lo largo de todo el protocolo. La generación nativa digital de menores y adolescentes se desarrolla en un contexto virtual no sano, y comprende "el mundo digital como su entorno normal de socialización, mediatizando las relaciones a través de las llamadas nuevas tecnologías, transformando las relaciones en sí mismas, y con ellas la socialización" (11). De acuerdo a Hartmut

8. Aries, Ph. (1992) *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Editorial Taurus. ISBN 9788430612840

9. Timimi, S., & Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural construct. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 184(JAN.), 8-9. <https://doi.org/10.1192/BJP.184.1.8>

10. Fernández-Savater, A., Etxeberria, O. (coords.) (2023) *El eclipse de la atención*. NED Ediciones. ISBN 9788418273629.

11. Melguizo, R.C. (2011). ESPÍN, M. (Coord.). "Adolescentes digitales", *Revista de Estudios de Juventud*, N°92 Marzo 2011. INJUVE, Madrid, 2011. *Teknokultura*, 8(2), 233-237.

Rosa, "la indiferencia es el gran problema de esta manera de estar en el mundo" (12).

En una época marcada por la prisa e incertidumbre, los tiempos de la infancia siguen teniendo que ser respetados y acompañados por unas estructuras (familiar, escolar, barrial) que vemos cada vez más fragilizadas y depauperadas. Asistimos a una pérdida de la idea de infancia como un tiempo de desarrollo que acoge la diversidad, así como a la pretensión de una homogeneización forzada, a la vez que la escuela se muestra cada vez más imperativa en su función instructora, cargando la mochila de exigencias a los niños/as y siendo cada vez más los que se quedan fuera de la posibilidad de aprender sin ser considerados con necesidades educativas especiales (13). Frente al malestar de niños/as y jóvenes, **arrojados a una sociedad turbocapitalista, hiperexpositiva y que suprime la voz de quienes no considera productivos**, las familias se ven desbordadas y solicitan el acompañamiento médico o de los técnicos "psi", con la esperanza de legitimar esa dificultad y encontrar soluciones a la misma (14).

A su vez **el sistema educativo atraviesa sus propias crisis estructurales y su determinación social**: cambios curriculares continuos, incremento de la ratio en las aulas, aumento de exigencias curriculares y de trayectos con poco apoyo al profesorado, depositación social de las tareas de socialización en los espacios educativos ante la falta de tiempo y espacios familiares y comunitarios, o coexistencia de centros públicos y concertados que esconden dinámicas segregacionistas, concentrando al alumnado más fragilizado en centros más conflictivos.

Culturalmente constituimos en la actualidad una sociedad marcadamente adultocentrista, hastiada con el modelo de vida, con ritmos rápidos y abandono de tiempos y apoyos en la crianza. Del mismo modo en que el mundo adulto ha avanzado en una progresión hacia lo que Remedios Zafra nombra "vidas-trabajo" (15), en las que todos los tiempos vitales están orientados a la producción y la actividad laboral invade el resto de espacios vitales, en la infancia encontramos una **visión adultocéntrica y productivista que coloca como prioridad principal de la enseñanza el dotar al futuro adulto de habilidades que le hagan productivo para el sistema**. Niños/as que rindan y dejen a sus padres rendir, de cara a perpetuar el sistema económico, **quedando de lado las dimensiones de socialización, lúdicas, de desarrollo de la identidad por medio del encuentro con los pares, etc.** Necesidades todas ellas igual de importantes durante la infancia, y que cada vez quedan más relegadas.

Todo esto genera un contexto particular que no puede ser ignorado a la hora de entender los fenómenos clínicos, su epidemiología o su abordaje técnico. Y especialmente el cuadro denominado como TDAH, que tiende a metabolizar a través de la medicalización todos los determinantes sociales de la salud descritos más arriba.

Lo sanitario como gestor de recursos y apoyos del sistema educativo.

En este contexto general de dificultades para prestar la atención necesaria a la infancia desde las familias, los entornos y el sistema educativo, nos preocupa caer en una visión del sistema sanitario como mero gestor de recursos limitados a través de la certificación oportuna, en lugar de considerarlo uno de los pilares del bienestar social, capaz de satisfacer las necesidades de la población. Consideramos que es un falso dilema tener que elegir entre diagnosticar y abandonar.

12. Rosa, H. (2019). *Remedio a la aceleración. Ensayos sobre la resonancia*. p. 125. Barcelona: Ned Ediciones.

13. Caretti, E. (2017) Los deberes escolares como problema: Una perspectiva clínica. Cuadernos de Pedagogía. 475, 46-49. Editorial Wolters Kluwer, ISBN-ISSN: 2386-6322

14. Timimi, S. (2015). La McDonalización de la infancia. La Salud Mental Infantil en las culturas neoliberales. *Átopos*, no 16.

15. Zafra, R. (2021) Frágiles. Ed. Anagrama.

Esta labor de certificación no solo crea una ilusión de equidad (ya que parece priorizar a quienes más lo necesitan a través del diagnóstico, pero en realidad es una barrera adicional que se debe superar, perpetuando desigualdades en el acceso), sino que también cambia la lógica del cuidado (tanto en el ámbito educativo como en el sanitario), poniendo en el centro el diagnóstico y no al niño/a: en lugar de proporcionar los apoyos necesarios antes de entrar en el proceso sanitario para que menos personas tengan que atravesarlo, se repliegan y se escudan estos apoyos tras el diagnóstico, **generando una situación absurda en la que es necesario estar diagnosticado y medicado para acceder a una orientación educativa y psicopedagógica.**

Así, el pico -casi epidémico- de diagnósticos de TDAH vendría en parte determinado por la necesidad de dicha etiqueta para que en el entorno escolar se realicen adaptaciones curriculares, e incluso en ocasiones también las metodológicas. Si bien desde la AMSM compartimos que el padecimiento psíquico que cuadra con los constructos diagnósticos pueda ser argumento suficiente para una adaptación curricular, consideramos problemático que dichos diagnósticos sean en muchos casos un requisito para dichas adaptaciones. De esta forma, **cualquier necesidad o particularidad del alumno/a susceptible de mejorar con una adaptación es inevitablemente patologizada**, aun cuando la principal necesidad sea dicha adaptación. Así, la poca confianza del sistema educativo en el criterio de su propio profesorado para otorgar adaptaciones se convierte en un elemento iatrogénico, en el que la participación sanitaria es meramente instrumental, aportando poco o nulo beneficio al alumno/a.

A su vez, detectamos una **tendencia en los últimos años a acumular etiquetas diagnósticas en torno a los niños y niñas con mayores dificultades**, inicialmente buscando reforzar los recursos educativos pero también en ocasiones tratando de **dirigirles a centros terapéuticos educativos y segregarlos de los "normales"**, sin que a nivel global podamos reparar en que esta idea de escuela cada vez más academicista deja fuera a un gran número de niños/as.

Encontramos, entonces, un error fundamental en el propio planteamiento del protocolo, y es que **teniendo en cuenta el requisito diagnóstico para acceder a los recursos educativos y sociales, este protocolo viene a sistematizar ese error**, sumando iatrogenia derivada del sobrediagnóstico y del tratamiento, que sería evitada si el circuito no forzara el paso por el sistema sanitario.

3. Problemas específicos del protocolo.

3.1. EL MARCO INTERPRETATIVO

Neuronarrativas como brújula y eje vertebrador.

Se hace evidente, en una lectura detallada del protocolo, que este toma partido en forma y fondo por las neuronarrativas. En su introducción predominan datos abundantes sobre aspectos neurobiológicos y neuroanatómicos de cuestionable evidencia -incluso por aquellos más partidarios del marco biológico -, quedando relegados los aspectos más sociales o comportamentales a consideraciones de corte marginal. **La simplificación del trastorno mediante estas narrativas favorece una mirada medicalizadora y tecnosolucionista a través de tratamientos psicofarmacológicos o intervenciones neurodirigidas.** Llama la atención, en este mismo sentido, la escasa rigurosidad del protocolo en cuanto a referencias bibliográficas y fundamentación científica, de la que encontramos una extensa parte al final del mismo, pero sin ligazón directa con

el contenido del protocolo, y sin siquiera un formato de citación reconocible. Nos hace pensar en la escasa pretensión de validez, y va en contra de la escrupulosidad que debería regir en un protocolo con un potencial iatrogénico como el que nos ocupa. Del mismo modo, no parece existir una correspondencia entre la aparente rotundidad etiológica del protocolo y la debilidad diagnóstica del mismo: al igual que en el resto de trastornos psiquiátricos infanto juveniles, **no existe ninguna prueba médica ni psicológica que permita determinar con seguridad un diagnóstico de TDAH**. Este se basa exclusivamente en el relato que realizan familiares u otros profesionales mediante una descripción subjetiva del comportamiento del niño/a, en formato narrativo y habitualmente también mediante el uso de diferentes escalas.

En esta misma introducción se mencionan otras hipótesis causales, pero se da a entender que toda narrativa alternativa a la neurobiológica conduce a una diferente perspectiva de aplicación de los criterios diagnósticos y lleva a un problema de supuesto infradiagnóstico que, según los autores explican, afecta sobre todo a la población adulta. Resulta lícito preguntarse entonces, dados los conflictos de interés de los autores del protocolo (Tabla 1), si no pudiera este grupo etario resultar un potencial nicho de mercado aún inexplorado por este lamentable problema de infradiagnóstico sobre el que aplicar un tratamiento que, como veremos más adelante, tiene como base un carácter eminentemente farmacológico.

Escasa atención a lo contextual y familiar y a los determinantes sociales.

Aunque como se ha comentado al principio la mayoría de la investigación sobre TDAH está orientada a investigar los factores genéticos o neurobiológicos, existe evidencia creciente del impacto de los determinantes sociales de la salud en diversos malestares y problemas de salud mental. En el caso del TDAH los estudios mencionan especialmente el **impacto de la situación socioeconómica, pero también el soporte social, el nivel educativo de las figuras parentales, factores culturales y étnicos y la existencia de experiencias traumáticas tempranas, especialmente de violencia física y sexual** (17, 18, 19).

A pesar de ello, en esta necesidad de discernir criterios diagnósticos llama la atención la falta de voluntad o de pericia para **discriminar entre conductas sintomáticas y comportamientos coherentes con el momento evolutivo o con el contexto**. No aparece en el protocolo la importancia de realizar un análisis del sistema familiar (calidad de las relaciones de apego como elemento fundamental en la capacidad de regulación emocional del niño, las condiciones de vida que afectan a la calidad de la crianza, la existencia de una red que ampare y sostenga a los padres en la tarea de cuidar...) o del contexto de aprendizaje (el grado en que las propias condiciones de aprendizaje son violentas para el niño/a por inadecuadas al momento vital, el grado en que se aplica una flexibilidad pedagógica en función de los estilos de aprendizaje, o si existen adaptaciones y apoyos en función de la diversidad). Tampoco se mencionan aspectos socioculturales o incluso étnicos que pudieran estar influyendo en la vivencia educativa o dificultando la adaptación a las características de este contexto.

17. Blas, E., Sivasankara Kurup, A. (2010) Equity, social determinants an public health programmes. World Health Organization. Disponible en: <https://bit.ly/4452VMe>

18. Green, C.D., Dvorsky, M.R., Langberg, J.M., Jones, H.A., Floyd, A.L. (2020) The impact of social determinants of health on the efficacy of school-based interventions for adolescents with ADHD. *School Mental Health*. 12, 580-594. Disponible en: <https://bit.ly/44dGViv>

19. Spencer, A.E., Oblath, R., Sheldrick, R.C., Ng, L.C., Silverstein, M., Garg,A. (2021) Social Determinants of Health and ADHD Symptoms in Preschool-Age Children. *Journal of Attention Disorders*. 26(3). Disponible en: <https://bit.ly/46sfcwv>

El diagnóstico parece, entonces, directamente dependiente de la capacidad de la persona adulta para gestionar la angustia que le produce la conducta del niño/a. Y en este momento histórico, como se ha señalado más arriba, una persona adulta tiene cada vez menos capacidad para sostener.

En ningún momento se habla de poder prevenir y reducir los problemas de aprendizaje y/o de atención a través de la realización de un trabajo en red de distintos profesionales de los diferentes ámbitos (social, educativo, sanitario).

En definitiva, el protocolo no tiene en cuenta los determinantes psicosociales que puedan orientar sobre qué problemas puede estar teniendo un niño/a que no atiende o que se muestra inquieto.

Planteamiento de cribado oportunista sin base científica.

Las decisiones sobre instauración y evaluación de nuevos cribados son complejas, y pueden plantear beneficios poblacionales pero también daños relacionados con estigma, sobrediagnóstico o iatrogenia, que hay que tener en cuenta tanto desde una perspectiva individual como de salud pública. Aunque en este protocolo se plantea un cribado de TDAH en la consulta del niño sano, ni se debaten los pros y contras de realizarse, ni en su bibliografía se cita ninguna evidencia que respalde un screening poblacional (de hecho la NICE lo desaconseja y así se indica en la propia guía (20)). Así, el cribado oportunista se plantea como una especie de "camino de enmedio", en el que no se introducen en el programa del niño sano preguntas sobre procesos normales, sino preguntas orientadas a iniciar un proceso diagnóstico.

En este sentido, no está claro que se cumplan los principios necesarios para sustentar la decisión de un cribado (21):

- Si valoramos los criterios relacionados con la enfermedad a cribar, sería necesario conocer y entender tanto su epidemiología como su historia natural, y que tenga unos límites diagnósticos bien definidos. Como ya se ha expuesto anteriormente, tanto las bases biológicas como los umbrales diagnósticos están menos claros de lo que se querría pensar.
- Respecto a las características de los test propuestos y de la propia intervención: se insiste en que la evaluación debe ser mediante historia clínica, sin que se desarrolle un entrenamiento específico o se evalúe su capacidad diagnóstica o sus posibles sesgos; se omiten aspectos clave de los cuestionarios propuestos como la sensibilidad, especificidad o valores predictivos esperados en población escolar madrileña. Además, la validez de sus resultados descansa en las valoraciones subjetivas de las personas cuidadoras y se emiten descontextualizados de las posibles causas de los comportamientos que se evalúan. Tampoco en la documentación propuesta para las familias se hace mención a la posibilidad de sobrediagnóstico y sus consecuencias, transmitiendo una falsa seguridad en la entidad diagnóstica como explicación de las disfunciones, y vulnerando la aceptabilidad del cribado. Las opciones terapéuticas aplicables tras un resultado positivo son también controvertidas, puesto que descansan en su mayor parte en un tratamiento farmacológico y parecen complementarse con apoyos y tratamientos psicoterapéuticos que sin embargo no se pueden garantizar.

20. NICE. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. *NICE Guideline*.

21. Dobrow, M.J., Hagens, V., Chafe, R., Sullivan, T., Rabeneck, L. (2018) Consolidated principles for screening based on a systematic review and consensus process. *Canadian Medical Association Journal*. 190(14): E422-E429. Disponible en: <https://bit.ly/3JmMPWs>

- Los criterios relacionados con el programa de cribado **nos hacen dudar de las posibilidades materiales de los equipos de pediatría de Atención Primaria, mermados y saturados, así como de una coordinación interdisciplinar e intersectorial que se menciona, pero para la que no se brindan medios formales.** Por otra parte, nos preocupa especialmente la ausencia de consideración a los efectos indeseados del cribado, fundamentalmente el sobrediagnóstico, la medicalización de los problemas infantiles y la iatrogenia relacionada con el aumento exponencial de fármacos.

3.2. LOS PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN

Riesgo de sobrediagnóstico y medicalización.

Los criterios diagnósticos propuestos por los autores se basan en una **“frecuencia e intensidad superior” de síntomas nucleares que están ya de por sí presentes en un individuo no afecto.** La hiperactividad, impulsividad, dificultad de concentración y de atención son comportamientos que ocurren sobre un continuo (22). La complejidad para analizar cuándo estos comportamientos (que como ya se ha reseñado no son exclusivamente infantiles sino colectivos, y algunos autores denominan *de época*) se convierten en problemas susceptibles de intervención sanitaria se simplifica en el protocolo mediante un diagnóstico basado en recoger valoraciones subjetivas de las personas cuidadoras del menor, donde la diferencia con una normalidad es relativa y meramente cuantitativa. Por otra parte, síntomas como la inestabilidad psicomotriz o la impulsividad no son exclusivos del TDAH y pueden aparecer en muchos trastornos; diferenciar a qué responden no es tarea sencilla y merece una valoración concienzuda y especializada, que el protocolo no puede garantizar.

Sumados a los síntomas nucleares que dan lugar a esta particular especificidad diagnóstica, nos sugieren además síntomas de sospecha; síntomas estos últimos que se pueden encontrar en algún momento en una gran parte de la población, sin precisarnos además nada desde lo cuantitativo o cualitativo sobre este otro grupo de síntomas: depresión, ansiedad, relaciones inestables, baja autoestima, consumo de sustancias. Todo lo que no cuadra en esta visión pero se asocia con frecuencia queda englobado en la constelación “comorbilidad”, sin que se plantee buscar causas comunes en la biografía o el contexto del niño/a. Se establece así una forma de, por un lado demostrar que la intervención es necesaria, y por otro, permite justificar todo aquello que no entra dentro de lo esperado en la conducta en cualquier ámbito vital del niño/adolescente, sin necesidad de que sea evaluado desde otra visión.

El protocolo no facilita tampoco la **valoración de lo que es propio de cada etapa del ciclo vital y lo que es reactivo al contexto familiar o educativo para discriminar dónde está la disfuncionalidad.** Además, la ausencia de datos sobre otras esferas de la vida del niño/a hace que los cambios queden enmarcados en el área productiva y determinados por el foco de las personas adultas que cuidan al menor, dejando el resto fuera de la observación, sin evaluar y sin atender. Muchas de las alteraciones que son motivo de queja para la familia se desarrollan en el área de Actividades de la Vida Diaria (AVD), donde la disfuncionalidad se relaciona tanto con las dificultades para mantener normas y límites, como con el mantenimiento de una rutina, donde el trabajo escolar ocupa la mayor parte del tiempo familiar y se desbordan los conflictos familiares.

Así **el aprendizaje, los deberes y los objetivos educativos de corte más académico pasan a ser el límite sobre el cual se puede dar un diagnóstico que ayuda, no a comprender, sino a justificar determinadas conductas.** Por el contrario, los entornos lúdicos dotan al niño/a o adolescente de las herramientas funcionales necesarias para la interacción social, donde el aprendizaje de destrezas y habilidades así como la puesta en marcha de estas forman parte del bagaje vital necesario. Sin embargo, **el área de ocio no es evaluada y no juega ningún papel en el proceso diagnóstico ni en la intervención,** salvo desde el control tanto de las actividades elegidas, como la realización de las mismas. Tampoco se evalúan las relaciones entre iguales - aspecto central en el desarrollo-, o la intimidad y el vínculo de estas relaciones.

3.3. LA PROPUESTA DE PLAN TERAPÉUTICO:

Intervenciones farmacológicas, y poco más.

A pesar de que inicialmente se plantea un "menú" de opciones, en la práctica el plan terapéutico de este protocolo apuesta claramente por el tratamiento farmacológico, dando a las intervenciones educativas y psicoterapéuticas un lugar accesorio.

La intervención familiar se reduce a una labor de psicoeducación basada en folletos que brindan unas recomendaciones centradas en la modificación de la conducta cuyo principal objetivo es la obediencia, minimizando la complejidad y multifactorialidad del problema y presentando una patente falta de comprensión del sufrimiento psíquico del menor, que queda reducido al mal comportamiento descontextualizado y en ámbitos concretos. No se abordan las dificultades de poner en marcha las pautas recomendadas, ni se explicita la necesidad de escucha familiar, valorar el impacto del diagnóstico ni recibir apoyos más sistémicos. **Si no se investiga la estructura y dinámica familiar, no hay propuesta posible de intervención en los aspectos convivenciales que podrían estar contribuyendo a la aparición de los comportamientos.**

Un problema central en este enfoque es que una vez se acepta la "enfermedad", se instaura el autoestigma y se aleja el concepto de niño/a sano, de forma que la familia tiene que desarrollar la mayor parte de su vida familiar bajo la sombra de esa etiqueta.

Prueba del escasísimo peso de las intervenciones psicoterapéuticas, es que se dedica a ellas unas miserables 324 palabras de un protocolo de 84 páginas. Por un lado, **es manifiesta la preferencia por terapias de corte más individualizador (cognitivo-conductual, psicoeducación, autoinstrucciones).** Por otro, la afirmación de que las intervenciones educativas, psicosociales y psicoterapéuticas no están disponibles para todas las familias de forma privada tiene un efecto paradójico abriendo la puerta a entender que existen dos tipos de abordaje: uno adecuado, privado, caro, para quien lo pueda pagar, y una práctica deficitaria, medicamentosa, para quien "sólo" pueda recurrir a la pública. **Se asume así implícitamente la falta de recursos públicos como un fenómeno meteorológico inevitable, cargando sobre las familias la responsabilidad de buscar recursos privados (y por tanto la culpa en caso de no poder asumirlos), sobre los recursos comunitarios la carga de suplir lo público practicando una suerte de extractivismo, y sobre los profesionales la labor liminal de coordinar lo inexistente con lo escaso para no destapar el desnudo del emperador.**

Respecto a la intervención farmacológica, llama la atención que se incluye en el plan terapéutico estándar en población infantjuvenil, mientras que en población adulta el tratamiento farmacológico solo se aplica si existe gravedad. Esta recomendación contribuye de nuevo a

normalizar lo farmacológico y bajar el umbral de prescripción como respuesta automática al diagnóstico. Así, la mejoría del niño/a se atribuye al fármaco quedando eclipsadas otras acciones que hayan podido influir, perpetuándose de este modo la tendencia a la medicalización de cualquier tipo de sufrimiento psíquico sin abordar los determinantes psicosociales y convirtiéndose en una profecía autocumplida. Del mismo modo, cuando se define el efecto óptimo del tratamiento se hace alusión a la "reducción o remisión de los síntomas, mejora o normalización de la funcionalidad y mejora de la calidad de vida del paciente", aspectos que se evalúan sólo desde la observación adulta, sin contar con lo que para la persona diagnosticada es estar bien o ser "normal", que en muchos casos dista mucho del estado en el que quedan cuando están impregnados de fármacos.

La coordinación con el ámbito educativo

La coordinación con el ámbito educativo es otra muestra de mala praxis en tanto está centrada en la enfermedad y no en el bienestar del niño. Consiste en enviar al docente una carta en la que se informa de que hay sospecha de TDAH y se le pide que rellene unos cuestionarios. Llama la atención que en este proceso no se tenga en cuenta el evidente sesgo en la evaluación que introduce anticipar el diagnóstico. Pero lo que resulta sorprendente es que en caso de "sospecha de trastorno del aprendizaje que no ha sido valorado previamente" (sospecha que se confirma a través de unas escalas descontextualizadas y sesgadas) se derive a Los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica en Educación Primaria y los Departamentos de Orientación en Educación Secundaria trasladando un "breve informe" en el que solamente se detalla el diagnóstico y se solicita que valoren las adaptaciones pertinentes, en una suerte de delegación abandonica, en la que no hay posibilidad de una construcción conjunta e interdisciplinar de los modos de ayudar al niño/a y su familia. Es importante destacar que la función de este equipo es precisamente "valorar el grado de afectación en el proceso educativo, determinar las necesidades educativas derivadas de este trastorno y la modalidad educativa más adecuada en su escolarización". Es decir, se considera prescindible el informe psicopedagógico para la evaluación, pero se les deriva con un diagnóstico obtenido a partir de escalas, y se les solicita adaptaciones sin precisar cuáles han sido identificadas como claves en función del diagnóstico.

Reflexiones desde la mirada interdisciplinar.

El documento presenta un desconocimiento claro del trabajo de coordinación interdisciplinar y entre los niveles asistenciales de atención primaria y salud mental. Se habla del trabajo multidisciplinar pero desde el protagonismo de lo médico, excluyendo a gran cantidad de figuras (Psicología, Educación Social, Terapia Ocupacional, figuras de cuidado y de orientación,...) y reduciendo la labor de otras a su mínima expresión (p.e. trabajador social como mero gestor de recursos).

La labor enfermera, por ejemplo, está principalmente centrada en realizar un seguimiento de los individuos no diagnosticados a fin de que, si durante dicho seguimiento se detectan "cambios o mala evolución", pueda rederivarse a medicina para una nueva evaluación diagnóstica. Esta labor de enfermería parece puesta al servicio de la necesidad de diagnosticar o descartar diagnósticos, más que de garantizar la longitudinalidad y los cuidados centrados en la persona. Quizás habría que preguntarse si una vuelta ilimitada a una rueda diagnóstica, asentada ésta además sobre criterios tan poco diferenciales y confusos, no puede más bien generar un problema

de sobrediagnóstico. Continuando con la precariedad metodológica, el anexo dedicado a los diagnósticos de enfermería no ha seguido la taxonomía más reciente, ya que incluye diagnósticos que han sido retirados o que se nombran y codifican de otra forma. Por último, las herramientas para la actuación de enfermería se basan en muchos casos en el **uso del folleto como herramienta**, sin especificarse cómo utilizarlo ni plantear actuaciones más allá.

Trabajo Social tampoco parece participar en el proceso diagnóstico, y **se obvia la realización de un diagnóstico social que podría aportar una visión más integral y sistémica de la situación** (contexto social, familiar, educativo, laboral, comunitario, de vivienda, etc...). Por tanto, su participación queda relegada a las consecuencias de un diagnóstico y sólo en los casos en los que se detecten indicadores de riesgo psicosocial. Este reduccionismo hace menguar la posibilidad de las diferentes actuaciones que llevan a cabo estos/as profesionales: conocer a los niños/as y adultos/as, planificar proyectos de intervención respetando su esencia, vinculación y acompañamiento durante el proceso, visitas domiciliarias, intervenciones en el entorno, coordinaciones interprofesionales, gestión de casos, grupos de apoyo, detección de necesidades, prevención, detección e intervención sobre indicadores de riesgo, acceso a derechos básicos que favorezcan la pertenencia y permanencia en la comunidad, promoción comunitaria en la aceptación de la diferencia, ...

Respecto a la derivación a otros recursos sanitarios, en la población adulta se nombra la derivación a psiquiatría como parte de un tratamiento que puede tener diferentes formas dependiendo de cada persona. Sin embargo, en población infantojuvenil no aparece esta opción, salvo que el tratamiento no resuelva problemas conductuales y afectivos, haya comorbilidad, los problemas no sean atribuibles al TDAH o haya problemática sociofamiliar. Es decir, en infancia y adolescencia parece entenderse que el tratamiento farmacológico es el abordaje de elección y, solo si este no funciona, se aplicarán otras alternativas. Pareciera que el objetivo principal es ofrecer una contención química (que desvitaliza y entorpece el desarrollo) para los comportamientos que perturban a personas adultas que, por diversas razones, no pueden ejercer esta función sostenedora.

4. Problemas contextuales con la actual situación de la AP en la Comunidad de Madrid

En la práctica cotidiana de la Atención Primaria siempre existe una tensión entre la respuesta polivalente a las necesidades en salud y la prevención cuaternaria (23). **Cualquier nueva intervención, especialmente si se va a aplicar sobre personas sanas, requiere de una reflexión sobre sus posibles efectos negativos y positivos, sustentarse en una evidencia sólida, realizarse en un marco comunitario e interdisciplinar, y poder evaluarse.**

Además, la saturación y las malas condiciones de trabajo pueden conducir a respuestas más fragmentarias, a derivaciones expulsivas y a una mayor medicalización como herramienta de control de la incertidumbre. La fragmentación también conlleva la simplificación de roles profesionales no médicos (p.e. enfermería y trabajo social) y una deficiente coordinación con otros recursos.

23. Martínez González, C., Riaño Galán, I., Sánchez Jacob, M., González de Dios, J. (2014) Prevención cuaternaria. La contención como imperativo ético. *Anales de Pediatría*. 81(6), 396.e1-396.e8. Disponible en: <https://bit.ly/3PluIdS>

Por otra parte, la longitudinalidad resulta un atributo fundamental para poder evaluar el desarrollo infantil en contexto, y ésta resulta afectada tanto por la precariedad profesional como por la sobrecarga diaria.

Por todo lo anterior, **una intervención como la que se plantea no sólo debe ser pertinente, sino que se debe dotar de las herramientas y recursos para poder llevarla a cabo, o se convierte en un brindis al sol.** Nos cuesta pensar que, aún con la mejor voluntad profesional, las indicaciones de evaluación, intervención individual y familiar, coordinación con el sistema educativo y seguimiento del tratamiento, estén al alcance de la actual Atención Primaria en la Comunidad de Madrid. Esto no quiere decir que apoyemos que lo haga otro nivel asistencial, nuevo rol profesional o entidad externa. Los equipos de Atención Primaria tienen sobrada evidencia en su valor acompañando problemas de salud a lo largo del tiempo, con un enfoque polivalente, centrado en las personas y contextualizado en el terreno. Pero para poder desarrollar este trabajo tienen que ponerse los medios materiales y humanos necesarios.

Seguir publicando protocolos para problemas concretos de salud sin una revisión global de la situación de Atención Primaria es inútil, porque fallan las condiciones materiales de trabajo para llevarlos a cabo. Pero también refleja una gestión deficiente y poco realista, que se basa en **priorizar intervenciones rápidas alejadas de la intervención comunitaria y en hacer más eficientes y homogéneas prácticas de bajo valor o que no deberían hacerse en absoluto, distraendo tiempo y energía de las imprescindibles.**

5. Conflictos de interés.

Llama la atención que un documento de estas características no cuente con una declaración de conflictos de interés por parte de sus autores/as. La existencia de un conflicto de interés ocurre cuando el juicio profesional relacionado con un interés primario (como el bienestar de los/as pacientes o la validez de la investigación) puede verse influenciado por un interés secundario (como la ganancia financiera o la rivalidad personal). La Asociación Médica Mundial (24) nos provee con un marco que ayuda a la definición de los mismos y al entendimiento de estos como un problema ético y de salud pública de primer orden.

La evidencia apunta que estos conflictos constituyen un serio problema para la construcción del conocimiento científico, son generadores de incentivos perversos en la investigación y terminan afectando a todos los niveles del sistema sanitario y la sociedad. Esto es así porque condicionan los hábitos de prescripción y pueden constituir importantes problemas de salud pública. Un ejemplo de esto es la crisis de los opioides en EEUU que se saldó con un acuerdo extrajudicial en dicho país que asciende a 4500 millones de dólares en compensaciones económicas y el cierre de la compañía farmacéutica implicada (25).

Las prácticas de la industria farmacéutica están ampliamente estudiadas y varían desde el control de gran parte de la formación continuada, cambios sutiles e inconscientes en los hábitos de prescripción profesional hasta formas de corrupción y actividades delictivas. Un autor que ha resumido estas prácticas es Ben Goldacre en su obra "Bad Pharma" (26).

24. World Medical Association (2015). Declaration on conflicts of interest. Disponible en: <https://bit.ly/43XftWe>

25. Hoffman J (2021). Purdue Pharma Is Dissolved and Sacklers Pay \$4.5 Billion to Settle Opioid Claims. New York Times. Disponible en: <https://nyti.ms/3qSk3Xe>

26. Goldacre, B. (2012). Bad pharma. Fourth Estate.

No es el objetivo de este trabajo informar sobre los conflictos de interés de los autores y autoras del protocolo. En todo caso, se podría considerar una obligación ética y un estándar de calidad mínimo en cualquier documento de referencia y un requisito en cualquier publicación de mínimo rigor. Para desarrollar la **Tabla 1** hemos analizado las transferencias de valor de la industria, un eufemismo que sirve para conceptualizar los pagos directos e indirectos que hacen a profesionales sanitarios y que son publicados anualmente. Para ello hemos elegido dos empresas que comercializan fármacos para el TDAH: Takeda, Shire (división de Takeda) y Lilly.

Cabe destacar que es una obligación de los autores/as declarar cualquier conflicto de interés. En este caso solo en dos de las empresas entre los años 2018 y 2021 (no están actualizados todavía los años 2022 y 2023) algunos autores/as habrían cobrado hasta 18.000 € por parte de estas. Sumando un total de 24.000 € los pagos directos e indirectos recibidos por algunos de los autores/as del documento. Cabría continuar el análisis de los posibles conflictos de interés, pero este no es el objetivo del presente documento. Animamos a los autores/as a declarar todos los conflictos de interés que puedan tener.

Autor	TAKEDA / SHIRE				LILLY			TOTAL
	2021	2020	2019	2018	2021	2020	2019	
José Enrique Villares Rodríguez.								- €
Nuria Domínguez Pérez.								- €
David Malillos Pérez.								- €
Francisco Javier Quintero	2.509 €	4.750 €	5.576 €	8.700 €				21.535 €
Ana Isabel Monzón Bueno.								- €
Esperanza Calvo García.								- €
Javier Hernández Goicoechea.								- €
Esperanza Fernández Sanz.								- €
Eva Prieto Utiel.								- €
María Asunción García Pérez.			849 €	533 €				1.382 €
María Luz Peralta Ibáñez.								- €
Marianela Bayón Cabeza.								- €
Paloma de la Varga Martín.								- €
Rocío Rodríguez Díaz.			1.028 €	433 €				1.461 €
Sonia Pérez Aranda.								- €
Víctor Manuel Irigoyen Mansilla.								- €

Tabla 1. Transferencias de valor de algunas compañías farmacéuticas que comercializan fármacos para el TDAH

6. Reflexión y propuestas.

Nos gustaría señalar que frente a otras guías de práctica clínica consideramos un aspecto positivo que se haya ampliado la mirada a la dimensión sociofamiliar y escolar de las/os menores. Sin embargo, pese a que el objetivo inicial de este protocolo es identificar de manera precoz los problemas de salud mental, nos parece imprescindible **considerar los efectos iatrogénicos individuales y poblacionales que tiene el sobrediagnóstico, así como valorar si a la infancia verdaderamente vulnerable y vulnerada, que precisa de una atención especializada y apoyos individualizados, se le está ayudando con este protocolo.**

Atendiendo a la importancia de ahondar en la prevención para abordar las diversas problemáticas que afectan a la población infantojuvenil, en el actual plan de salud mental (2022-2024) se crea una línea estratégica exclusiva que pretende promover y consolidar la colaboración entre salud mental, salud pública y otros sectores implicados para conseguir desarrollar programas de prevención y promoción de salud mental efectivos y realistas (27). Atendiendo al actual plan de acción integral de salud mental 2013-2030 impulsado por la OMS y que centra esfuerzos en fortalecer la atención comunitaria (28), y tras la lectura del protocolo de TDAH en AP de reciente aparición, nos gustaría aportar una serie de consideraciones:

1. A nivel de prevención y promoción. Las actividades de prevención de los problemas de atención e hiperactividad en la infancia (así como en otros de la salud mental infantojuvenil) deben centrarse fundamentalmente en iniciativas políticas sociales, educativas y de apoyo a madres y padres en la crianza. El contexto en el que deberían implementarse prioritariamente dichas medidas no es tanto la consulta especializada de los programas de Salud Mental infantojuvenil, ni siquiera la Atención Primaria, sino la comunidad: el barrio, la familia y la escuela. Por otra parte, resulta fundamental no realizar estas intervenciones sólo con una mirada preventiva centrada en la enfermedad, sino fomentar la promoción de crianzas saludables y en entornos sanos y adecuados: intervenir contra las desigualdades sociales, el acceso a la salud y la educación y la implementación de recursos comunitarios que ayuden en la crianza y en el mantenimiento de una buena convivencia social y familiar.

En el caso que nos ocupa, consideramos de especial importancia hacer un análisis y una modificación en profundidad de las políticas educativas en curso, que no están siendo capaces de adaptarse a los cambios en la experiencia infantil y juvenil, acontecidos en los últimos años con la aparición del mundo digital; y bajo los ideales de un alto rendimiento está olvidando su función principal de enseñar a niñas y niños a pensar, a vivir en comunidad y a ser ciudadanos/as libres y responsables (29). Si la pérdida de capacidad de atención es una cuestión de época, debemos generar espacios donde pensarla, compartir criterios y herramientas y poder generar cambios desde ahí, desde nuestros modos de vida.

27. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (2022). Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022-2024. Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Disponible en: <https://bit.ly/3qS9yDI>

28. Organización Mundial de la Salud (2022). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. Disponible en: <https://bit.ly/46cj0Sh>

29. Caretti, E., Guridi, O., Rivas, E. (2019) Prevención en la infancia: no toda intervención hoy es más salud para mañana. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 39(135), pp.241-259. Disponible en: <https://bit.ly/3JpXr70>

2. A nivel del abordaje desde Atención Primaria

Resulta de vital importancia que las actuaciones en AP se realicen en el marco de relaciones longitudinales (donde profesionales y familias se conozcan) y situadas en el contexto comunitario. Desde la perspectiva integral que una AP fuerte puede aportar y la valoración de los problemas de salud mental infantojuvenil requiere, animamos a que se promuevan factores de protección de las propias familias y, en caso necesario, se oriente sobre recursos del ámbito social para favorecer cambios que puedan mejorar la situación del menor.

En caso de que, pese a las intervenciones iniciadas desde los recursos naturales del niño/a, se sigan detectando en las valoraciones longitudinales problemas de excesiva distraibilidad, hiperactividad o impulsividad, recomendamos poder iniciar una aproximación diagnóstica con criterios unificados con Salud Mental y usando códigos CIAP-2 (en Atención Primaria) o CIE-10 (en Salud Mental), en lugar del DSM-V (30, 31).

3. **La derivación a Salud Mental** debería hacerse en caso de que, pese a una intervención que potencie los recursos propios del menor y las familias y un seguimiento suficiente desde atención primaria, sigan apareciendo manifestaciones que generen un compromiso importante de la vida familiar, social y escolar o bien un sufrimiento subjetivo significativo. El abordaje debiera ser coordinado y basado en criterios comunes.

4. **A nivel farmacológico** y siguiendo las recomendaciones de la Agencia Española del Medicamento, nos mantenemos en su indicación de reservar el uso de los mismos como parte de un tratamiento integral en los casos confirmados de TDAH, cuando las intervenciones psicopedagógicas, sociofamiliares y comunitarias sean insuficientes (32).

5. **Sobre la necesaria coordinación con el ámbito educativo:** Es necesario tener en cuenta que la precarización de los trabajos en la institución educativa conduce a buscar en las consultas sanitarias soluciones que, dada la complejidad del problema, quedan reducidas a meros parches. Consideramos que es imprescindible que se apueste institucionalmente por un protocolo que sea verdaderamente intersectorial desde su elaboración, para generar una verdadera integración de las intervenciones.

En conclusión, podríamos decir que **nos parece una buena idea interesarse por cómo les va a niñas y niños en el colegio y en casa, si tienen problemas de relación, comportamiento o desarrollo, o por su bienestar y socialización.** El problema quizás es hacer esto de una forma sistemáticamente sanitaria (colonizando por tanto áreas más relacionadas a priori con lo social y lo educativo) y con un marco de enfermedad, descentrando el foco de donde consideramos que debiera estar e ignorando el riesgo de iatrogenia (33).

30. SEMFYC. Clasificación Internacional de Atención Primaria CIAP-2-E. Disponible en: <https://bit.ly/3qTVkC7>

31. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud Subdirección General de Información Sanitaria. (2022) Edición electrónica de la CIE-10-ES Diagnósticos. 4ª edición. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://bit.ly/42RRruH>

32. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio del Sistema Nacional de Salud de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. (2007) Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <https://bit.ly/44am4fW>

33. Benedicto, C., Carmona, M. (2017) *Por qué lo llaman cribado cuando quieren decir "¿cómo estás?"*. Colectivo Silesia. Disponible en: <https://bit.ly/3DRRuuy>



**Documento de posicionamiento
Junta de la AMSM
aen.amsm@gmail.com
Junio de 2023**

Imagen: Exit through the gift shop (Banksy)