

Transtorno del Deficit de Atención. Un repaso.

I.

El **TDAH**, fue definido como “trastorno” específico de la infancia en el DSM III, el sistema de clasificación americano de trastornos mentales, en **1980**, fecha que podemos señalar como el inicio de un crecimiento sostenido de diagnósticos que adquiere carácter de incontrolable **epidemia global** a fines de siglo. Anteriormente a niños inatentos, inconsecuentes y muy movidos, particularmente si había dificultades específicas del aprendizaje como la dislexia, se les atribuía un “*daño cerebral mínimo*” (minimal brain damage) o “*hiperactividad*”, cuya frecuencia era baja, creo recordar que de 0'2 por ciento o menos, y requería la presencia de tal hiperactividad en entornos de escuela, hogar y clínica.

El primer concepto “*daño cerebral mínimo*”, desapareció de la clínica por falta de pruebas de los llamados “*signos neurológicos blandos*” (soft neurological signs) que lo justificarían y el segundo “*hiperactividad*”, se incorporó en los DSM, siendo muy significativo que la hiperactividad pasó pronto a segundo plano hasta el punto de categorizarse el TDA (sin hiperactividad). Las “cláusulas de exclusión” de otros trastornos también fueron progresivamente ignoradas y hoy muchos de los diagnosticados de TDAH en USA tienen otros “**trastornos co-mórbidos**”. En el DSM 5 ha subido el límite de edad de comienzo hasta los 12 años, pero en la práctica se puede diagnosticar el TDA en adultos sin probar que empezó antes de esa edad. Hasta ese registro en 1980 se entendía que la hiperactividad tendía a desaparecer con los años y tenía alguna relación con el uso de aditivos alimentarios o incluso el plomo de la gasolina (ver estudios relacionados con *The Isle of Wight Studies*, M. Rutter et al, 1964)

El TDAH ha sido y es objeto de **controversia pública** en la sociedad angloamericana http://en.wikipedia.org/wiki/Attention_deficit_hyperactivity_disorder_controversies. Algunos, dicen que está infra-diagnosticado otros que al contrario. Hay neurólogos (Baughman,) y psiquiatras (Breggin) que llevan muchos años diciendo que es una falacia; otros piensan que es un cajón de sastre en el que se incluyen un número de conductas problemáticas y bajos rendimientos escolares, o simplemente niños “trasto” o despistados. Detrás del diagnóstico puede haber desde chavales inteligentes y curiosos que se aburren con las rutinas homogeneizadas del aula, a otros con dificultades específicas del aprendizaje; desde la expresión en el escenario escolar de situaciones familiares complicadas o negligentes hasta aquellas en la que el niño no llega a las expectativas de los padres; desde maestros que por una razón u otra necesitan una tranquilidad regimentada en el aula, hasta psicólogos con escasa o nula conciencia de la diversidad o variabilidad en el ritmo del desarrollo humano. Solo una minoría de diagnosticados muestra hiperactividad en sesiones clínicas y a pesar de ser el más ampliamente estudiado de los trastornos psiquiátricos de la infancia, **su diagnóstico se hace sobre la base de quejas y observaciones de maestros**, a veces bajo amenazas de sanciones, y su frecuencia y la polémica siguen creciendo https://facultystaff.richmond.edu/~bmayer/medicating_children_hup_mbe.pdf

A pesar del repetido slogan de que hay alguna anomalía biológica diferenciada del trastorno y **marcadores biológicos**, tales marcadores siguen siendo elusivos <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22834452> o tan heterogéneos y especulativos que son incapaces de dar unidad nosológica a un diagnóstico que depende de la subjetividad, no del paciente si no de otros, pues el paciente no se queja de nada. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20862396> . En fin que tales marcadores biológicos específicos del trastorno no existen.

En el sistema clasificatorio de la Organización Mundial de la Salud, **CIE 10 (F90)**, que se usa en general en Europa, y no implica ni tratamientos ni causas, sino solo "*listas de problemas con las que el paciente visita al psiquiatra*", esas conductas vienen bajo la categoría de **Trastorno de Hiperactividad**, algo más rigurosa, y que tiene a la hiperactividad como faceta necesaria para el diagnóstico. Los síntomas catalogados en el DSM, se han vuelto cada vez más vagos y subjetivos, hasta estar presentes en casi toda la población en algunos momentos de sus vidas

La **frecuencia** del "trastorno" baila enormemente aunque la cifra más repetida hoy es la de del 6% si bien encuestas recientes la acercan al 10% en los USA. La frecuencia ha ido aumentando a un ritmo de un 3% por año acelerándose al 5'5% al año recientemente: <http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>. En los USA varía mucho entre estado y estado llegando en algunos de ellos hasta más del 15%.

El "trastorno" tiene, se supone, un **componente genético** en la gran mayoría de los casos http://en.wikipedia.org/wiki/Attention_deficit_hyperactivity_disorder, y en tanto que se referiría a una carga genética causante, no olvidemos **de una enfermedad que afecta al desarrollo**, en casi un 10% de la población y creciendo, este supondría una revolución en biología evolutiva.

II.

El **tratamiento** del "trastorno" es mayormente con **estimulantes cerebrales** y hay que hacer notar que aunque la categoría de TDAH es reciente, los tratamientos son verdaderas antigüedades de la psicofarmacología. La anfetamina es una droga ya sintetizada en el siglo XIX y el metilfenidato lo fue durante la segunda guerra mundial. En esta guerra los estimulantes eran usados en los dos bandos para combatir la fatiga, mantenerse despierto y mejorar la atención: tropas panzer, kamikaces japoneses y técnicos de radar aliados los usaron. Después se usaron para tratar la obesidad, y por camioneros de largo trayecto Estamos hablando de la misma familia de drogas de la centramina, usada por estudiantes españoles hace ya más de cincuenta años y del "speed" que se dice mató a Jimmy Hendrix.

En los USA el uso de estimulantes es frecuente para hacer "cramming": estudiantes en exámenes finales, profesionales que tiene que acabar en fecha y trabajar día y noche, <http://www.wallstreeoasis.com/forums/ritalin> e incluso jugadores de baseball, a través de las llamadas "Excepciones Terapéuticas" que por ahora no se han admitido en el deporte internacional. En definitiva los estimulantes dan ventajas competitivas a corto plazo.

Hoy hay probablemente más de seis millones de niños americanos tomando estimulantes cerebrales para el tratamiento del TDAH en los USA, http://www.nytimes.com/2013/04/01/health/more-diagnoses-of-hyperactivity-causing-concern.html?pagewanted=all&_r=0 y la cifra sigue creciendo. El **concepto se está extendiendo a adultos**; más de la mitad de los niños con TDAH se supone que no se “curarían”, <http://www.webmd.com/add-adhd/guide/adhd-adults> pero el incremento en adultos es principalmente por nuevos diagnósticos

Los estimulantes no parecen mejorar las relaciones familiares y con otros alumnos, y si bien los efectos sobre la atención e impulsividad errática están bien establecidos durante el primer año de uso por el hoy casi canónico estudio MAT del NIMH de 1999 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10591283>, un meta-análisis comprensivo de esos años <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC81663/> aun reconociendo el efecto notable a corto plazo, duda de que esa marcada mejoría dure más allá de cuatro semanas. No hay evidencia ciertamente de su **efectividad** a partir de los 14 meses o a 3 años de inicio del tratamiento en seguimientos del estudio del NIMH antes citado <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17667478>, y un estudio basado en ese mismo MAT/NIMH apunta a que serían responsables de una deterioración de la conducta, e incluso de delincuencia y abuso de drogas, a partir de los dos años de su uso. [http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/jaac/article/S0890-8567\(09\)61553-7/abstract](http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/jaac/article/S0890-8567(09)61553-7/abstract). Esto plantea por lo tanto importantes cuestiones de “tolerancia” y efectos de “rebote” en tratamientos prolongados.

La **atomoxetina** es una droga más reciente para el tratamiento del TDAH. De dudoso mecanismo, su acción podría ser similar a la de algún antidepresivo. Parece ser más lenta en sus efectos y a veces se le añaden estimulantes para potenciarla.

Los **efectos de los estimulantes**, que son en relación a otros medicamentos psicotrópicos casi inmediatos, se derivan de sus acciones sobre neurotransmisores, en particular el aumento de la dopamina, en las sinapsis y así mejoran la atención “on task” y disminuyen la actividad sin propósito, en otras palabras sirven para reducir la atención dispersa y las respuestas a estímulos irrelevantes. Si el alumno, con TDAH o sin él, está “enfocado en una tarea” relevante, su rendimiento mejorará y su actividad se reducirá; si no lo está se pasará el rato muy atento a las musarañas. Los efectos duran unas horas. No hay evidencia de que los estimulantes mejoren la capacidad de resolver problemas o la inteligencia creativa. O de que mejoren el rendimiento académico a medio o largo plazo. <http://www.ccl-cca.ca/pdfs/JARL/Jarl-Vol3Article9.pdf>. Son poco efectivos en aquellas condiciones donde hay evidencia o claros indicios de daño cerebral real como la discapacidad intelectual y/o el autismo de Kanner. aunque su uso está muy extendido en este último: <https://sfari.org/news-and-opinion/blog/2013/ritalin-reaction> Podríamos decir que con demasiada frecuencia se trata al alumno para beneficio del profesor.

Los **efectos secundarios** de los estimulantes se consideran en general asumibles, aunque hay la posibilidad de brotes psicóticos en hasta un 5% de casos <http://www.drakeinstitute.com/research-article/psychotic-side-effects.pdf>, y de muerte por fallo cardíaco <http://www.theguardian.com/society/2006/feb/11/health.medicinandhealth> una terrible reacción adversa muy rara, además de posibles alteraciones genéticas. <http://www.yourlawyer.com/topics/overview/ritalin>. La ficha técnica de una de ellos nos

dará una idea, aunque no parece mencionar uno de los efectos más frecuentes, los tics, que podrían continuar incluso después de parar la medicación http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/021121s015s017lbl.pdf .. El uso prolongado puede tener consecuencias neurofisiológicas a largo plazo <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2656574/> que disminuirían la capacidad de recompensa y la tolerancia a estímulos estresantes y nociceptivos. En el caso de la atomoxetina, la alerta black box es por razones de su toxicidad hepática

III.

Los estimulantes, metilfenidato y anfetaminas, tienen **acciones parecidas a la cocaína**, estando en Estados Unidos calificadas como *schedule II*, la misma clase que la cocaína y la morfina, y bajo el control de la *Drug Enforcement Agency*. (ver <http://www.cesar.umd.edu/cesar/drugs/ritalin.asp> , para un sumario de la historia del metilfenidato y <http://en.wikipedia.org/wiki/Amphetamine> para la anfetamina).

Hay polémica acerca de su creciente **utilización en situaciones para las que no han sido prescritos**. A pesar de la resistencia de las farmacéuticas a aceptarla, la similaridad en acción del más prescrito, metilfenidato (ritalin, en España rubifén, concerta, etc), con la anfetamina y sobre todo con la cocaína, está bien probada (ver ref en español: <http://www.adaptogeno.com/svms/noticias/noticia440.asp> y para un análisis del NIH del estudio de Nora Volkow, psiquiatra experta en adicción, sobre el tema: <http://www.nih.gov/news/health/feb2009/nida-02.htm>). Ese estudio señala que el metilfenidato podría ser incluso más potente que la cocaína.

Los estimulantes guste o no, son en la práctica **drogas de abuso**. Se dice que los estimulantes para el TDAH, no son adictivos pero esto es por dos razones: 1) en niños la fuente de la droga está controlada por médicos, escuelas y padres, y 2) se administra en forma de pastillas que no producen el “rush”, efecto subjetivo muy rápido, importante en la adicción. Pero está claro que producen tolerancia como otras medicaciones psicotrópicas <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=86987> . La tolerancia está probada en ratas <http://jpet.aspetjournals.org/content/198/3/635.short> siendo “cruzada” a nivel conductual entre anfetaminas y metilfenidato. Su uso “recreacional” es extensivo bien por re-venta de drogas obtenidas en prescripción o por robos, estando entre las 10 drogas más robadas de las farmacias americanas. Se habla en los blogs de vitamina R (por Ritalin) y de la cocaína de los pobres.

La pretensión de las farmacéuticas de que las **nuevas presentaciones**, “liberación lenta”, parches, líquidas, serían un impedimento para su uso recreacional, no es sino otra excusa, para aumentar sus ventas, y los adictos han desarrollado maneras para su uso incluso obteniendo el buscado “rush”, esnifando, . <http://www.drugs-forum.com/forum/showthread.php?t=166199> . o “en paracaídas” <http://www.drugs-forum.com/forum/showthread.php?t=163301> . **La DEA ha impuesto cuotas** para contener el creciente uso de estos compuestos en “las calles”, lo que ha provocado problemas de abastecimiento <http://www.webmd.com/add-adhd/news/20120103/adhd-drug-shortages-why>

La **producción regulada** por cuotas de la D. E. A., crece anualmente (hasta el 2002 ver <http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/background/humanflourish.html>), lo que no impide que haya desabastecimientos severos con las consiguientes demandas de aumento de cuotas: <http://disinfo.com/2012/01/nationwide-shortage-of-ritalin-and-adderall/>.

IV.

Se ha dicho que el TDAH es una **enfermedad inventada** para una medicación eficaz, y el principal promotor del trastorno Leo Eisemberg, hizo declaraciones en este sentido antes de morir: <http://www.snopes.com/politics/quotes/adhd.asp> . Es esta “eficacia” a corto plazo, la que ha dado y da uno de los empujes irrefrenables a la expansión de los criterios diagnósticos ayudado por la mercadotecnia y procedimientos diagnósticos con poca validez objetiva y aplicados con poco rigor, junto a la obtención de apoyos escolares y el **colosal aumento de registros de discapacidad en niños en USA**, actuando como incentivos “perversos” http://www.boston.com/bostonglobe/editorial_opinion/editorials/articles/2011/05/29/misabeling_kids_as_adhd_investigate_federal_rules/

El impulso comercial para esto se percibe claramente si, prescindiendo de nociones sobre diagnósticos como actos entre médicos y pacientes, leemos, dejando de lado declaraciones sin base científica, que piensan en **Wall Street**. Se proyecta una expansión importante en países desarrollados y en adultos en los USA. http://www.prweb.com/releases/ADHD_Therapeutics/Adderall_XR/prweb4086564.htm y con respecto a este último mercado en adultos: <http://www.prlog.org/10073664-adhd-market-immature-adult-market-continues-to-offer-greatest-commercial-potential.html>. Está claro que lo que está “inmaduro”, no es el cerebro si no un mercado potencial en países desarrollados que pasaría de los 25 millones de “enfermos”. La frecuencia de la “enfermedad” está condicionada por **proyecciones de crecimiento de una demanda**,

Aunque el principal motor de los desarrollos, los **beneficios para las farmacéuticas obtenidos a través de la venta de drogas**, que aunque legales son estimulantes como la cocaína e incluso más potentes, no es el único. Cuando se incluyen diagnósticos, medicación, apoyos y pensiones por discapacidad etc, <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1185/030079904X20303>, los **costes** de tal “trastorno” y por tanto los intereses económicos involucrados en el tema en los USA, son amplios y considerables. Su equivalente en España sería suficiente para desarrollar servicios humanos muy necesarios (maestros, asistentes, etc) para la población de discapacitados intelectuales y mejorar servicios para trastornos mentales crónicos, creando así una fuente útil de empleo, en lugar de extraer valor añadido que iría a capas no asistenciales de Salud Mental y a las corporaciones farmacéuticas que producen esos estimulantes, y esto pagado mayormente por los presupuestos públicos sanitarios. En todo caso hay que apuntar que la promoción de frecuencias similares a los de los USA <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525089/> podría costar

solo en procesos diagnósticos y medicación en España más de 500 millones de euros al año.

Pero quizá el problema que necesita más urgente atención es la aparición de **otras “epidemias”** de la mano de la del TDAH, que aunque parte del proceso de ampliación de criterios diagnósticos invadiendo la diversidad normal del desarrollo y buscando una expansión de mercados para drogas psicotrópicas, podría apuntar, particularmente en **la aparición del trastorno bipolar** de “ciclos rápidos” en la adolescencia [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(01\)00336-6/abstract](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(01)00336-6/abstract), a un crónico y desastroso proceso con trastornos mentales reales, del que los estimulantes y los antidepresivos, serían causantes. Hay que notar que el trastorno bipolar era prácticamente desconocido en menores antes del uso extensivo de estimulantes y antidepresivos.

La lectura de los capítulos *Creating the Bipolar Child* y dos siguientes en *The Anatomy of an Epidemic* de Robert Whitacker, es escalofriante. ¿Estáramos asistiendo además del invento de trastornos mentales y del fomento de la cronicidad en los más reales como las psicosis, a la **producción de una población de discapacitados** por causas iatrogénicas, http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/ssi_asr/2008/ssi_asr08.pdf de pésimo pronóstico y con consecuencias sociales, humanas y económicas nada tranquilizantes? Más allá de cuestiones de cosificación y mercantilización de la experiencia o de las dudas que uno pueda tener sobre la interpretación que Whitacker hace, los altos niveles de supuesta co-morbidad y de polifarmacia en menores son muy preocupantes. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2952543/>

El **creciente uso de antipsicóticos**, mucho más tóxicos que los estimulantes, que parece acompañar a estos desarrollos, fuera de las psicosis y en poblaciones vulnerables y sin atención al consentimiento informado, tiene unas reminiscencias más bien horribles http://en.wikipedia.org/wiki/Action_T4. El uso de antipsicóticos en poblaciones dependientes y/o excluidas, ha aumentado enormemente y su facturación en los USA se acerca a los 20.000 millones de dólares anuales y ha superando a las estatinas como grupo de mayores ventas. La polifarmacia es frecuente en esas poblaciones. Y este es el modelo que nos están vendiendo ya en España

V.

Dentro de un fenómeno global pero que particularmente afecta a los países desarrollados, de publicidad de “enfermedades” de supuesto origen bioquímico, ampliación de criterios diagnósticos y cronificación de trastornos reales o no, la **promoción del TDAH y los estimulantes en España** parece tener características descritas entre otros por *Ben Goldacre* en *Mala Farma*, para medicinas, especialmente las psicotrópicas: Creación de paneles de expertos académicos o ligados a fundaciones, institutos etc, los llamados KOLs (Key Opinon Leaders; en español serían LCOs o Lideres Clave de Opinión), y desarrollo de circuitos de conferencias, seminarios y cursos en centros sanitarios y escuelas públicas <http://www.cchrint.org/issues/the-corrupt-alliance-of-the-psychiatric-pharmaceutical-industry/> ; Congresos y producción de estudios en revistas científicas que van desde

diseño previo y control editorial de los ensayos, escritos por “negros” y firmados por los LCOs, ocultación de resultados negativos y control de agencias reguladoras, hasta métodos que recuerdan a los de un estado policial, Financiación de asociaciones de afectados y familiares <http://psychiatricfraud.org/2011/10/chadd-gets-big/>; Portales y blogs en la red y artículos divulgativos en prensa local y publicidad en revistas profesionales, y cuando es posible publicidad directa al consumidor en TV y prensa <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1116659/>; Lobbying de políticos, Litigios por fraude de marketing, tarugueos y estafas y por daños debidos a reacciones adversas y pagos colosales, si posible al margen del juzgado para evitar vistas y así exámenes de documentos comprometedores, http://www.nytimes.com/2010/10/03/business/03psych.html?pagewanted=all&_r=0, Silencio de colegios y asociaciones profesionales, etc.

Pero como común denominador de todo esto tenemos el fomento de la **compulsión alopática**, y el uso del **cientifismo** para ver no solo los trastornos mentales y las discapacidades intelectuales si no los problemas de la vida y la diversidad del desarrollo en niños, como **enfermedades cuyo origen está en alteraciones bioquímicas definibles, permanentes, y remediabiles con psicofármacos**, como *Joanna Moncrieff* ha expuesto lucidamente en *The Myth of the Chemical Cure*. Los protagonistas del desarrollo y mantenimiento de esta ideología no son solo los psiquiatras, y las farmacéuticas sino todo tipo de profesionales relacionados con sanidad, familiares con dinámicas difíciles de abordar, psicólogos en servicios sociales y docencia, maestros claro, medios de comunicación, y políticos con menos afición a enterarse de los problemas que a ganarse algún puñado de votos o algún favor etc.

Hay que sospechar que los principales laboratorios involucrados en esas prácticas serían los cuatro grandes productores de fármacos relacionados con el TDAH, el “*Cartel de Ritalín*”:

Janssen, englobada dentro de la estructura corporativa de Johnson and Johnson y con varias ramas para objetivos de producción o distribución.

Produce el *Concerta*, metilfenidato de liberación lenta mucho más caro, aunque ahora está ya en fase genérica. Se basa en la idea de que el TDAH es como la diabetes, una deficiencia bioquímica que hay que tratar de manera permanente, rechazando su uso coyuntural o los descansos medicamentosos, lo que lleva con mucha más probabilidad a la tolerancia y la cronicidad y al uso compensatorio por las noches del *Risperdal*, un antipsicótico también de Janssen, para calmar al niño.

La risperidona es un neuroléptico o antipsicótico con efectos opuestos a los estimulantes y es usado en menores en los trastornos de tipo bipolar, a los que nos hemos referido antes, como “co-morbidos” del ADHD. La idea de que los neurotransmisores se pueden manipular al gusto del que receta como un sistema de manivelas + y -, incluido el uso de dos drogas con efectos opuestos al mismo tiempo y ya está, hace sospechar la existencia de un mengelismo comercial o un delirio alopático. *Peter Tyrer*, un psiquiatra “biologista” convencional de mucha experiencia, profesor del *Imperial College* y editor del *British Journal of Psychiatry*, ha hablado de *neuroleptofilia* y de “*una mecha lenta hacia el desastre*”, en relación al uso extensivo

de antipsicóticos. El uso del risperdal y otros antipsicóticos está creciendo en menores en acogida, en los que el “trastorno bipolar” está substituyendo al “trastorno de conducta”, y en la discapacidad intelectual y el autismo de Kanner, sin evidencia alguna de que sean beneficiosos para los pacientes más bien al contrario.

Janssen es posiblemente la farmacéutica con mayores multas por fraudes de varios tipos, http://www.nytimes.com/2012/04/12/business/drug-giant-is-fined-1-2-billion-in-arkansas.html?_r=0 y ligada al caso Biederman denunciado desde el Senado y desde el New York Times http://www.nytimes.com/2009/03/20/us/20psych.html?_r=0.

Biederman compone probablemente junto con Faraone y el sueco Gillberg la triada más importante de KOLs (LCOs, líderes clave de opinión) en la promoción mundial del TDAH <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16946911> además de ser el principal promotor en USA del trastorno bipolar y el uso de antipsicóticos en niños.

Eli Lilly relacionada al parecer con el “caso Toronto” que involucraba a David Healey, profesor de psiquiatría en Cardiff y erudito de la historia de la psicofarmacología, <http://www.theguardian.com/education/2002/may/21/internationaleducationnews.mentalhealth/print>. Lilly fue así mismo protagonista del asunto de los “documentos Prozac” <http://www.ahrp.org/infomail/05/01/27.php> además de los “escándalos de Zyprexa” http://www.huffingtonpost.com/2009/06/12/eli-lillys-zyprexa-fraud_n_214907.html. Es la productora de atomoxetina, o Strattera, importante estratégicamente por su menor potencial para el abuso y menores problemas con la discontinuación. Podría tener efectos secundarios, incluidos agresividad e ideación suicida, similares a algún antidepresivo, y está por esto en la *lista del “triángulo negro”* en el Reino Unido, además de llevar en los USA un *aviso black box* por toxicidad hepática. Parece haber tenido litigios sobre la patente. Es menos efectiva a corto plazo que los estimulantes y no hay evidencia de su utilidad a largo plazo <http://en.wikipedia.org/wiki/Atomoxetine>.

Rubió, ligado a **Novartis** es decir Ciba Geigy es decir Ritalin/Rubifen ha sido acusada en California y New Jersey de conspirar para crear un mercado para el Ritalin <http://www.uow.edu.au/~bmartin/dissent/documents/health/pharmfraud.html#Novartis> Rubió promueve un método diagnóstico genético del que no he sido capaz de encontrar en internet ninguna referencia en revista profesional o científica que lo valide <http://www.neurofarmagen.es/>. Crucial en la operación española, tiene actividades de formación y un portal http://www.farmanews.com/notas_de_prensa/N1121.html.

Shire una empresa localizada en la isla de Jersey por razones fiscales y con cuartel general en Irlanda, clave en el tema del TDAH, con importantes actividades en educación, propaganda, portal en internet, lobbying del Parlamento Europeo, creación de LCOs http://www.shire.com/shireplc/en/resp/patients/education/adhd_awareness y otras actividades. Produce el adderall, una anfetamina muy recetada en USA, por la que ha tenido litigios por sobreprecio y la guanfacina, un compuesto que se ha intentado usar en varios tipos de trastornos, incluidos el TDAH y el autismo, por ahora sin éxito, y por el que tiene litigios sobre la patente.

En España la ausencia de formación estructurada y ecléctica en psiquiatría infantojuvenil pone a los psiquiatras en una dependencia mayor con respecto a

modelos de trastornos psiquiátricos como alteraciones definidas y duraderas en la química cerebral. Incluso sin “malas prácticas” definidas, el modelo cientifista hace sentir a los médicos, no solo psiquiatras sino pediatras y otros especialistas, más seguros y competentes. Y da a psicólogos y educadores una salida para sus propios fallos y carencias. Para los padres, mantiene la ilusión de que algo se está solucionando. No especularemos lo que esto podría significar para los políticos en un país como el nuestro.

Esto junto con la escasez de crítica a nivel judicial, político y prensa hace que las farmacéuticas lo tengan más fácil pues hay poca resistencia a la adopción de ese modelo del TDAH, pero por otra parte no pueden enraizarse articulando sus actividades en organizaciones profesionales poderosas como la American Psychiatric Association, políticas como el National Institute of Mental Health o universidades de prestigio como Harvard. En todo caso si indagamos en la lista de expertos de las **guías para el diagnóstico** de TDAH, los lazos que pueda tener la **asociación sobre el TDAH** o los **cursos, seminarios y portales** sobre el tema, no debería ser difícil encontrar directa o indirectamente los nombres de farmacéuticas especialmente las cuatro mencionadas arriba..

Un debate amplio, abierto y sostenido, basado en hechos y argumentos es urgente.

Mariano Almudevar.

Huesca 27 de Agosto 2013