

---

---

# ASSAIG

---

---



# EL SOBREDIAGNÒSTIC DEL TDAH

## *OVERDIANOSIS AND ADHD*

*Amanda Meliá de Alba\**  
*M.<sup>a</sup> José Manzana Sorribes\*\**

El trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH) ha demostrat ser un potent predictor d'un ampli ventall de conductes disfuncionals en infància, adolescència i etapa adulta. El gran interès que ha suscitat l'estudi relacionat amb l'etiologia, l'epidemiologia i la intervenció sobre aquest trastorn, ha afavorit millores en la eficàcia de la detecció d'aquesta condició clínica i profundització en el seu coneixement. No obstant això, en l'actualitat es troba l'activació del debat al voltant del sobre-diagnòstic del TDAH, qüestionant així tant l'exercici professional com la validesa de l'etiqueta clínica. Es suggereix conèixer les necessitats de tractament que requereix aquest trastorn per tal de comprendre si realment es produeix un fenomen de sobre-diagnòstic.

### **Introducció**

La impulsivitat, la hiperactivitat i els problemes atencionals constitueixen un focus de preocupacions en la nostra societat per ser correlats poderosos d'un rang de condicions clíniques que suposen un elevat cost per any, així com una font d'estrès potencial i personal. Estudis previs han trobat que aquests tipus de símptomes prediuen un ampli ventall de conductes disfuncionals en infància, adolescència i etapa adulta que van des de baix rendiment acadèmic, delinqüència, abús de substàncies o conductes sexuals de risc (veure Nigg, 2006 per una extensa revisió). Aquest conjunt de conductes, el seu estudi i tractament,

\* Departament de Psicologia Evolutiva i de l'Educació. Facultat de Psicologia. Universitat de València.

\*\* Universitat Jaume I.

Autora de contacte: Amanda Meliá de Alba, Departament Psicologia Evolutiva i de l'Educació, Facultat de Psicologia, Universitat de València, Avda. Blasco Ibáñez, 21, 46010 València. Adreça electrònica: <amanda.melia@uv.es>.

interactuen amb un panorama sociològic en el qual els problemes de comportament tendeixen a ser tractats amb medicaments, quan el coneixement sobre aquest tractament es troba en un viu debat. Aquesta condició obliga a la societat a qüestionar-se la validesa del trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH), condició crònica que gaudeix el doble mèrit de ser el trastorn mental més estudiat i també el més controvertit.

## **Caracterització del TDAH**

Clínic i educadors reconeixen que no tots els xiquets inclosos baix la mateixa etiqueta diagnòstica de TDAH són iguals. Els avanços tecnològics de les últimes dècades han aportat evidència empírica sobre la seua heterogeneïtat etiològica suggerint una psicopatofisiologia complexa a més d'un repte per a les conceptualitzacions diagnòstiques actuals en relació a l'estructura interna del trastorn. Aquest trastorn planteja una arquitectura genètica i fenotípica complexa que no respon estrictament a les lleis mendelianes per a l'herència (Faraone, Doyle, Mick i Biederman, 2001; Faraone et al., 2005; Swanson et al., 2000). A més, estudis de neuro-imatge han demostrat que els xiquets amb TDAH presenten anomalies anatòmiques i fisiològiques, bé per reducció de volum (Krain i Castellanos, 2006; Valera, Faraone, Murriai i Seidman, 2007), o bé per patrons anòmals d'activació dels circuits neuronals, així com anomalies neuroquímiques en els sistemes serotoninèrgics, dopaminèrgics, adrenèrgics o colinèrgics entre altres (Cortesse, 2012; Nigg, 2006; Rubia et al., 1999).

Des del marc de la psicopatologia evolutiva, cobra especial importància la identificació tant de factors de risc com protectors en el nen, família i comunitat que podrien contribuir al seu ajust al llarg del temps i que podrien ser tractats en programes de prevenció o intervenció primerenca.

La investigació ha demostrat que són factors de risc biològic problemes d'embaràs i complicacions en el part (p. e. preeclàmpsia, escassa salut materna, edat materna, naixement amb tardança i prematuritat, estrès fetal, baix pes al nàixer, etc.) (Owens i Hinshaw, 2013). De la mateixa forma, l'exposició fetal a substàncies, com nicotina o alcohol, s'ha demostrat com agent que pot predisposar als nens a mostrar simptomatologia de TDAH (Latimer et al., 2012). En altre ordre de factors de risc, la idea de que certs additius i colorants alimentaris, així com algunes substàncies d'ús comú (p. e. sucre o begudes cafèinades) poguera exacerbar la simptomatologia pròpia del TDAH va rebre molta atenció per part dels mitjans de comunicació arribant a publicar treballs que defenien la cura del trastorn mitjançant dietes específiques, sense resultats científics concrets (Sonuga et al., 2013; Stevens et al., 2010).

Per altra banda, l'estudi de l'entorn en el qual creix el nen subratlla l'existència de factors socials de risc que podrien potenciar la manifestació de simp-

tomatologia del TDAH. Circumstàncies com la pobresa, psicopatologia parental, conflictes maritals, o negligència en l'atenció del xiquet han sigut descrites com promotores del desajust conductual i emocional (Bigelow, 2006; Ficks, Lahey i Waldman, 2013).

En canvi, el recent interès per la promoció de la salut des de l'àmbit clínic amb caràcter preventiu ha facilitat que les investigacions identifiquen factors protectors que promouen l'adaptació positiva inclús front a adversitats o riscos de desajust. D'aquesta forma, diversos treballs han confirmat que mostrar un temperament fàcil des d'edats primerenques, elevada intel·ligència, gaudir d'una relació pròxima i de qualitat amb al menys un adult socialment ajustat, així com la acceptació dels iguals, jugarien un paper protector per al desenvolupament infantil (Tung i Lee, 2014).

La complexitat multicausal d'aquest tipus de quadre es veu acompanyada amb una destacada dificultat que els professionals troben per descartar altres condicions que fàcilment mimetitzen la simptomatologia pròpia del TDAH degut, principalment, a que els símptomes d'inatenció, hiperactivitat i impulsivitat no són patognomònics d'aquest. Entre les condicions que podrien confondre's es troben malalties mèdiques (p. e. problemes de tiroides, de metabolisme, dermatològics, gastrointestinals, etc.), altres trastorns psicològics (p. e. tics, Tourette, ansietat, etc.) o tal volta característiques pròpies dels estadis evolutius de la infància i adolescència (p. e. Stein i Weiss, 2003; Marceau, Dorn i Susman, 2012).

Tot el que ha quedat exposat fins el moment posa de manifest l'extens i profund coneixement que es té en l'actualitat del TDAH, la qual cosa afavoreix enormement la seua detecció i tractament cada vegada en edats més primerenques. No obstant això, recentment ha sorgit el debat sobre el possible sobre-diagnòstic que des de serveis de salut i centres escolars s'està realitzant. Açò no és sinó un fenomen freqüent en l'àmbit de la salut. Al millorar els sistemes de diagnòstic, es detecten de forma més eficaç les malalties, arribant fins i tot a generar la il·lusió de que es produeix un augment de la seua prevalença (Sciuto i Eisenberg, 2007). Serveix com a exemple la malaltia del càncer: cap estudi ha demostrat que hi haja un augment significatiu del nombre de casos que pateix aquesta malaltia, sinó que disposem de sistemes més eficaços de detecció la qual cosa beneficia que en un elevat percentatge de pacients es tracte com una condició crònica i no terminal.

## **Sobre les propostes d'intervenció**

Arribats a aquest punt, és necessari matisar la qüestió de fons del debat plantejat. Més que l'abús d'una etiqueta diagnòstica en particular, de caràcter completament innocu en sí mateixa, la polèmica pareix estar vinculada a la sobre-medicació d'aquests pacients. Tenint en compte que la investigació ha

posat de relleu que hi ha dos tipus de tractament de referència, farmacològic i psicològic, resulta imprescindible una explicació que justifiqui l'abús en la elecció del primer front al segon.

Generalment, el tractament farmacològic es prescriu des dels serveis mèdics (de família o especialista). Cal aclarir que la última decisió sobre el tractament és dels pares i no del metge, qui es limita a informar de la seua posologia i efectes adversos (p. e. problemes de son, efecte rebot, etc.). Molt probablement són els efectes secundaris els que revolten el debat de la sobre-medicació. Entre els seus avantatges destaca la ràpida millora que s'observa en la simptomatologia si s'aconsegueix un bon ajust de la dosi, així com del manteniment dels efectes a mig termini, a més de la relativa senzillesa d'administració i seguiment.

Pel que fa al tractament psicològic, consisteix principalment en l'ús de tècniques de modificació de conducta i cognitiu-conductuals que són implementades principalment sobre el xiquet i a través dels adults que conviuen amb ell. Açò requereix que professionals (p. e. psicòlegs) entrenen a pares i docents per a que ells les empren en la seua convivència amb el xiquet. Aquest tractament intenta afavorir el desenvolupament de conductes apropiades i l'autoregulació, minimitzant les conductes inapropiades i els conflictes que normalment acompanyen a aquest trastorn. Al no tractar-se d'un mètode invasiu, es minimitzen els efectes secundaris, a més de que afavoreix la integració activa del xiquet en el seu entorn. No obstant això, no hi ha un protocol que regule des de quin dispositiu es deu o pot aplicar-se aquest tipus de tractament (p. e. hospital, ambulatori, escola, etc.), variant entre autonomies. A més, s'ha de tindre en compte que el nostre sistema de salut no contempla oferir les hores de dedicació professional que exigeix un cas d'aquest tipus. Una conseqüència directa d'això és que aquest tractament queda generalment relegat a l'àmbit sanitari privat, elevant significativament el seu cost si a més es té en compte la cronicitat del trastorn. Aquesta realitat pareix suggerir que sols els fills de famílies econòmicament solvents tindrien accés a aquest tipus d'intervenció.

Per tant, la complexitat etiològica del TDAH comporta una marcada heterogeneïtat de la població albergada baix l'anomenada etiqueta, la qual cosa pot suscitar al debat sobre el risc del sobre-diagnòstic. No obstant això, no és l'etiqueta diagnòstica el que comporta risc en sí mateixa, sinó l'elecció de tractament que els adults decideixen. Pareix que les circumstàncies socioeconòmiques que embolquen a famílies i escoles pesen més que les seues pretensions. Així doncs, cal plantejar-se la pregunta següent: en benefici de qui es fa la presa de decisions sobre el tractament? El debat desapareix quan analitzem el sistema de salut espanyol, l'organització del qual fa que moltes famílies troben una opció més còmoda que l'altra o inclús, en famílies amb recursos limitats (amb tendència a proliferar-se a causa de la crisi econòmica que ens envaeix), pot ser l'única opció per falta de mitjos.

Indiscutiblement el cervell madura baix control genètic, però el cervell també canvia com resultat de l'experiència personal. Investigacions recents han posat de manifest que variacions normals en la qualitat de la criança estan relacionades amb el desenvolupament ordenat dels lòbuls frontals en xiquets menors de tres anys (Glasser, 2000). Els cuidadors actuarien inicialment com reguladors externs dels ritmes i afecte del xiquet, per a afavorir de forma gradual l'autoregulació (Bernier, Carlson i Whipple, 2010). Tenint en compte que la criança és un mecanisme central d'influència en el desenvolupament de la regulació emocional des d'edats primerenques (Kopp, 1982), adquireix especial valor estudiar l'estil educatiu dels adults responsables d'un xiquet amb diagnòstic de TDAH.

Un nombre molt reduït d'investigacions s'ha interessat per conèixer si l'ambient familiar i les pràctiques educatives estan relacionats amb l'epidemiologia i evolució del diagnòstic de TDAH. Els resultats reflecteixen que la presió constant del comportament pertorbador genera en els adults una pèrdua significativa d'afectivitat i coherència, associada al seu torn a mostrar un estil més autoritari i controlador del que inspiraria un nen sense TDAH (Finzi, Manor i Tyano, 2006; Garjoles, Cabrera i Osuna, 2008). Encara que els pares estan lluny de ser una causa directa d'aquest trastorn, sí s'ha demostrat que l'estil comunicatiu i afectiu que comparteixen amb el xiquet pot exacerbar la simptomatologia del TDAH (Podolski i Nigg, 2001).

Habitualment arriben a consulta pares esgotats perquè no saben com aproximar-se de forma constructiva a un xiquet difícil sense sentir-se ells frustrats després de repetits intents fallits. Busquen ajuda per al seu fill i se sorprenen quan se'ls implica de forma activa en el tractament. El mateix succeeix en el cas de docents que conviuen amb un xiquet que presenta TDAH i potser trenta xiquets més, s'autoperceben com improductius o inclús mostren somatitzacions. Potser haurà arribat el moment de plantejar-se que les competències emocionals no es poden separar del currículum.

Açò posa en relleu que el tractament del TDAH no ha de tindre només per objectiu la simptomatologia que presenta el xiquet, sinó també revisar les pràctiques educatives que empren pares i professors. Els programes d'intervenció haurien d'incloure entrenament en pràctiques que fomenten un afecte positiu ja que són les que redueixen riscos, comportaments antisocials i afavoreixen la convivència (Healey, Flory, Miller i Halperin, 2011). Així, doncs, els adults que conviuen amb el TDAH haurien de fer ús de l'acolliment, la tendresa, la consistència, les alabances i de fomentar l'autonomia en el menor.

Si la relació que mantenen els xiquets amb els adults resulta ser el millor predictor de múltiples riscos i comportaments no desitjats, desconcerta el fet de que desafortunadament aquests aspectes no estiguen inclosos en el tractament habitualment triat: el farmacològic.

## Referències

- Bernier, A., Carlson, S. M. i Whipple, N. (2010). From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Development*, 81(1), 326-339. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01397.x.
- Bigelow, B. J. (2006). There's an elephant in the room: The impact of early poverty and neglect on intelligence and common learning disorders in children adolescents, and their parents. *Developmental Disabilities Bulletin*, 34(1-2), 177-215. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/621958635?accountid=14777>.
- Cortesse, S. (2012). The neurobiology and genetics of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): What every clinician should know. *Official Journal of the European Neurology Society*, 16, 422-433.
- Faraone, S. V., Doyle, A. E., Mick, E. i Biederman, J. (2001a). Meta-Analysis of the Association Between the 7-Repeat Allele of the Dopamine D4 Receptor Gene and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1052-1057.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A. i Sklar, P. (2005). Molecular genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313-1323.
- Ficks, C. A., Lahey, B. B. i Waldman, I. D. (2013). Does low birth weight share common genetic or environmental risk with childhood disruptive disorders? *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 842-853. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0033079.
- Finzi-Dottan, R., Manor, I. i Tyano, S. (2006). ADHD, temperament, and parental style as predictors of the child's attachment patterns. *Child Psychiatry and Human Development*, 37(2), 103-114. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10578-006-0024-7.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain—A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 97-116. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/619452850?accountid=14777>.
- Healey, D. M., Flory, J. D., Miller, C. J. i Halperin, J. M. (2011). Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hyperactive/inattentive preschool children. *Infant and Child Development*, 20(2), 148-161. doi:http://dx.doi.org/10.1002/icd.682.
- Kopp, C. B. (1982). Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology*, 18(2), 199-214. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.18.2.199.
- Krain, A. L. i Castellanos, F. X. (2006). Brain development and ADHD. *Clinical Psychology Review*, 26(4), 433-444. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.005.



- Latimer, K., Wilson, P., Kemp, J., Thompson, L., Sim, F., Gillberg, C. i Minnis, H. (2012). Disruptive behaviour disorders: A systematic review of environmental antenatal and early years risk factors. *Child: Care, Health and Development*, 38(5), 611-628. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01366.x.
- Marceau, K., Dorn, L. D. i Susman, E. J. (2012). Stress and puberty-related hormone reactivity, negative emotionality, and parent–adolescent relationships. *Psychoneuroendocrinology*, 37(8), 1286-1298. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.01.001.
- Nigg, J. T. (2006). *What Causes ADHD? Understanding What Goes Wrong and Why*. New York: Guilford Press.
- Owens, E. B. i Hinshaw, S. P. (2013). Perinatal problems and psychiatric comorbidity among children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(6), 762-768. doi:http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2013.785359.
- Podolski, C. i Nigg, J. T. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 503-513. doi:http://dx.doi.org/10.1207/S15374424JCCP3004\_07.
- Rubia, K., Overmeyer, S., Taylor, E., Brammer, M., Williams, S. C. R., Simmons, A. i Bullmore, E. (1999). Hypofrontality in Attention Deficit hyperactivity Disorder During Higher-Order Motor Control: A Study With Functional MRI. *American Journal of Psychiatry*, 156, 891-896.
- Sciutto, M. J. i Eisenberg, M. (2007). Evaluating the evidence for and against the overdiagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(2), 106-113. doi:http://dx.doi.org/10.1177/1087054707300094.
- Sonuga-Barke, E., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., i Sergeant, J. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: Systematic review and meta analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *The American Journal of Psychiatry*, 170(3), 275-289. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1364720353?accountid=14777>.
- Stein, M. A. i Weiss, R. E. (2003). Thyroid function tests and neurocognitive functioning in children referred for attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 28(3), 304-316. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530(02)00024-0.
- Stevens, L. J., Kuczek, T., Burgess, J. R., Hurt, E. i Arnold, L. E. (2010). Dietary Sensitivities and ADHD Symptoms: Thirty-five Years of Research. *Clinical Pediatrics*, 50, 279-293.
- Swanson, J., Oosterlaan, J., Murias, M., Schuck, S., Flodman, P., Spence, M. A., Wasdell, M., Ding, Y., Chi, H., Smith, M., Mann, M., Carlson, C., Ken-

- nedy, J. L., Sergeant, J. A., Leung, P., Zhang, Y. P., Sadeh, A., Chen, C. S., Whalen, C. K., Babb, K. A., Moyzis, R. i Posner, M. I. (2000). *Attention deficit/hyperactivity disorder children with a 7-repeat allele of the dopamine receptor D4 gene have extreme behavior but normal performance on critical neuropsychological tests of attention*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 97, 4754-4759.
- Trenas, A. F. R., Cabrera, J. H. i Osuna, M. J. P. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20(4), 691-696. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/621596342?accountid=14777>.
- Tung, I. i Lee, S. S. (2014). Negative parenting behavior and childhood oppositional defiant disorder: Differential moderation by positive and negative peer regard. *Aggressive Behavior*, 40(1), 79-90. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/ab.21497>.
- Valera, E. M., Faraone, S. V., Murray, K. E. i Seidman, L. J. (2007). Meta-Analysis of Structural Imaging Findings in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 61, 1361-1369.