

***¿ES PEOR EL REMEDIO QUE LA ENFERMEDAD?***  
**El uso/abuso de los fármacos para el tratamiento del TDAH en jóvenes.**

**IS THE REMEDY WORSE THAN THE DISEASE?**  
**The use/abuse of drugs for the treatment of ADHD in young people**



**UNIVERSIDAD  
COMPLUTENSE  
MADRID**

**ASIGNATURA: TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**

**MÁSTER: PSICOLOGÍA SOCIAL**

**TRABAJO DE: ALICIA ROMERO FRÍAS**

**TUTORA: ALICIA GARRIDO LUQUE**

**CURSO: 2023/2024**

## DECLARACION DE NO PLAGIO

D./Dña. Alicia Romero Frías con NIF06311503G estudiante de Máster Universitario en Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, curso 2023/2024 como autor/a de este documento académico titulado: “¿Es peor el remedio que la enfermedad? El uso/abuso de los fármacos para el tratamiento del TDAH en jóvenes” y presentado como Trabajo Fin de Máster, para la obtención del título correspondiente, cuyo tutor es Alicia Garrido Luque.

---

### DECLARO QUE:

El Trabajo de Fin de Máster que presento está elaborado por mí, es original, no copio, ni utilizo ideas, formulaciones, citas integrales e ilustraciones de cualquier obra, artículo, memoria o documento (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Asimismo, no he hecho uso de información no autorizada de cualquier fuente escrita, de otra persona, de trabajo escrito de otro o cualquier otra fuente.

Soy plenamente consciente de que el hecho de no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden.

En Somosaguas, a 24 de Junio de 2024

Fdo.:



## ANEXO II: COMPROMISO DEONTOLÓGICO EN CASO DE TRABAJOS QUE REQUIERAN PARTICIPANTES HUMANOS

D./Dña. Alicia Romero Frías con NIF 06311503G, estudiante del Máster de Psicología Social en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid en el curso 20 -20 , como autor/a del trabajo de fin de máster (TFM) titulado "¿Es peor el remedio que la enfermedad? El uso/abuso de los fármacos para el tratamiento del TDAH en jóvenes" y presentado para la obtención del título correspondiente, cuyo/s tutor/es/son: Alicia Garrido Luque.

ME COMPROMETO A:

1. Asegurar la confidencialidad de la información obtenida, tratándola y custodiándola conforme a la legislación vigente.
2. No utilizar la información obtenida con fines ajenos a este trabajo y no cederlos a terceras partes salvo que el interesado lo haya autorizado expresamente por escrito.
3. Respetar las normas éticas marcadas por el Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos y por las Sociedades Científicas de Psicología.

x Márquese en caso de que el TFM incluya una investigación en la que el estudiante recoja datos de participantes humanos. ADEMÁS, ME COMPROMETO A:

4. Informar a los participantes de manera clara acerca de los objetivos generales del estudio, de la naturaleza y duración de los procedimientos a los que van a someterse y de los posibles efectos secundarios o complicaciones que pudieran derivarse de su participación.
5. Responder satisfactoriamente a todas las preguntas que los participantes crean conveniente hacer sobre el estudio.
6. Informar a los participantes acerca de su derecho a declinar participar en el estudio y a abandonarlo una vez que éste se haya iniciado sin tener que dar explicaciones y sin que tenga ninguna consecuencia de ningún tipo.
7. Asegurar el carácter voluntario de la participación en el estudio y recabar el consentimiento informado por escrito de cada participante (o su tutor legal). En el caso de estudios de encuesta con muestras completamente anónimas no será imprescindible recoger el consentimiento por escrito.
8. Recabar sólo la información personal estrictamente necesaria para el desarrollo de la investigación y hacerlo manteniendo el anonimato de los participantes siempre que sea posible.

En Madrid, a 24 de Junio de 2024

Fdo.:



## Índice de contenidos:

<i>Resumen y palabras clave</i> .....	5
<b>1. Introducción</b> .....	6
<b>2. Antecedentes y estado de la cuestión</b> .....	6
2.1 Evolución de la etiqueta diagnóstica TDA/TDAH.....	6
2.2 El enfoque biomédico: las bases neurobiológicas del TDAH.....	9
2.3 Perspectivas actuales en el tratamiento farmacológico y alternativas terapéuticas del TDAH.....	10
2.4 El ascenso del diagnóstico del TDAH: ¿Estamos ante un caso de sobrediagnóstico?.....	12
2.5 Abordando la medicalización del TDAH: entre la ciencia y la sociedad.....	13
2.6 Experiencia subjetiva del TDAH.....	15
<b>3. Objetivos</b> .....	17
<b>4. Metodología</b> .....	17
4.1 Participantes.....	18
4.2 Instrumentos.....	18
4.3 Procedimiento.....	19
4.4 Análisis de datos.....	19
<b>5. Resultados</b> .....	20
5.1 ¿Qué es lo que lleva al diagnóstico?.....	20
5.2 Experiencia de la enfermedad.....	22
5.3 Experiencias y pautas de medicación del tratamiento farmacológico.....	25
5.4 Experiencia y percepción sobre tratamientos alternativos.....	26
<b>6. Conclusiones y discusión</b> .....	28
<b>7. Referencias bibliográficas</b> .....	37
<i>Anexos</i> .....	42

**Resumen:**

El TDAH es un trastorno cada vez más generalizado entre la población, y entre sus opciones de tratamiento, predomina el farmacológico. Por eso, el presente trabajo trata de analizar cómo esto influye en los jóvenes diagnosticados y si un tratamiento predominantemente farmacológico está siendo lo suficientemente efectivo y adecuado para ellos. Con este fin, se ha realizado una revisión bibliográfica en torno a la conceptualización del TDAH, el fundamento neurológico, la predominancia del tratamiento farmacológico, la posibilidad de un sobrediagnóstico y la medicalización. Sobre estas bases, se ha realizado una investigación cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas con ocho jóvenes españoles de entre 16 y 30 años. A pesar de la individualidad de la experiencia de la enfermedad, hemos encontrado discursos y vivencias comunes con respecto a las causas del diagnóstico, la experiencia de la enfermedad y la experiencia y percepción del tratamiento farmacológico y alternativo. En este sentido destaca que el proceso de diagnóstico se inicia principalmente en los contextos educativos, en los que profesores y familiares tienen una gran influencia. Los tratamientos efectuados son mayoritariamente a base de fármacos, y las experiencias de éstos son negativas en muchos casos. Asimismo, hay un desconocimiento generalizado con respecto a tratamientos alternativos, pero la percepción es mayoritariamente positiva sobre los mismos. Finalmente, hemos revisado la congruencia de estos resultados con otros estudios, esbozando posibles factores de riesgo para el diagnóstico del TDAH, su repercusión en el ámbito académico y la posible relación con la medicalización.

**Palabras clave:** TDAH, enfermedad, diagnóstico, tratamiento farmacológico, contexto escolar, entrevistados.

**Abstract:**

ADHD is an increasingly widespread disorder among the population, and among its treatment options, pharmacological predominates. Therefore, the present work tries to analyze how these influence young people diagnosed and whether a predominantly pharmacological treatment is sufficiently effective and appropriate. To this end, a bibliographic review has been carried out on the conceptualization of ADHD, the neurological foundation, the predominance of pharmacological treatment, the possibility of overdiagnosis, and medicalization. On these bases, a qualitative investigation has been carried out through semi-structured interviews with eight young Spanish between 16 and 30 years old. Despite the individuality of the disease experience, we have found common discourses and experiences regarding the causes of the diagnosis, the experience of the disease, and the experience and perception of pharmacological and alternative treatment. In this sense, it stands out that the diagnosis process begins mainly in educational contexts, in which teachers and family members have a big influence. The treatments carried out are mostly drug-based, and their experiences are negative in most cases. Likewise, there is a general lack of knowledge regarding alternative treatments, but the perception is mostly positive about them. Finally, we have reviewed the congruence of these results with other studies, outlining possible risk factors for the diagnosis of ADHD, its impact on the academic field, and the possible relationship with medicalization.

**Key Words:** ADHD, illness, diagnosis, pharmacological treatment, school context, interviewees.

## **1. Introducción.**

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos mentales más comunes en la infancia, caracterizado por síntomas persistentes de inatención, hiperactividad e impulsividad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el 4% de la población mundial padece TDAH. En las últimas décadas, se ha observado un incremento significativo de los casos de TDAH a nivel mundial, acentuado en los últimos años. Entre 2013 y 2017, por ejemplo, se ha registrado un aumento del 7,1% (BDCAP, 2021). En el caso de España, los casos se han multiplicado por treinta en los últimos años en la población infanto-juvenil (José Ramón Uberto, 2018 citado en Escriche, 2018). Al mismo tiempo, el tratamiento farmacológico, principalmente a través de estimulantes, se ha consolidado como la intervención terapéutica predominante para manejar los síntomas del trastorno. Esto se refleja en los datos recabados por el Ministerio de Sanidad (2024), en los que podemos encontrar un incremento significativo del consumo de psicoestimulantes y nootrópicos entre 2022 y 2024, viéndose un aumento del 0,21%, 1,91% y 6,60% respectivamente con respecto al año anterior.

Este panorama ha generado un intenso debate en relación con la base biomédica sobre la que se sustenta el TDAH, el proceso de diagnóstico y el tratamiento que se proporciona a las personas con este trastorno. La posibilidad de que se esté adoptando una perspectiva errónea para abordar el trastorno y que esto esté dando lugar a un sobrediagnóstico, plantea la necesidad de adoptar un punto de vista biopsicosocial, que considere los factores biológicos implicados, pero que también tenga en cuenta la implicación de otros factores psicosociales como la familia, el contexto educativo y la estructura social a la hora de diagnosticar y para proporcionar un tratamiento adecuado a los afectados.

En este trabajo se abordará el TDAH a través del estudio de la experiencia personal de las personas que lo padecen. De esta forma, podemos dar voz a sus necesidades y obtener una comprensión integral del trastorno. Los testimonios y experiencias recogidas nos aportarán un punto de vista adicional con el que poder evaluar más adecuadamente la pertinencia del diagnóstico y tratamiento actualmente implementados para el TDAH.

## **2. Antecedentes y estado de la cuestión.**

### **2.1. Evolución de la etiqueta diagnóstica TDA/TDAH**

El TDAH se define como una alteración del neurodesarrollo asociada con la dificultad del individuo para desempeñar ciertas funciones ejecutivas, como planificar y organizar acciones, inhibir ciertos impulsos desadaptativos o responder a determinados estímulos (Rusca y Cortez, 2020). Según la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), el TDAH se clasifica en tres subtipos: predominante inatento, predominante hiperactivo-impulsivo y combinado, dependiendo de la sintomatología imperante.

Para este trabajo hemos realizado una revisión cronológica del término en los diferentes DSM que han ido surgiendo, hasta llegar a la noción de TDAH actual. La cual es utilizada hoy en día como referencia por parte de la psiquiatría y la medicina para diagnosticar enfermedades psiquiátricas, y por ende, también resulta determinante para evaluar la percepción social sobre el trastorno. Esta revisión queda reflejada en la Tabla 1, en la que se recoge la

evolución del DSM con respecto a la conceptualización del TDAH, en términos de denominación del trastorno y criterios diagnósticos.

**Tabla 1**

*Evolución histórica del concepto de TDAH*

Manual	Año	Denominación del trastorno	Criterios diagnósticos
DSM-II	1968	Síndrome Hiperkinético de la Infancia.	<b>La hiperactividad como síntoma nuclear</b>
DSM-III	1980	Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA+H y TDAH-H).	La dimensión cognitiva atencional como síntoma nuclear. Rango de edad de referencia: 7-10 años. Sintomatología: Al menos <b>3 síntomas de desatención</b> Al menos <b>3 síntomas de impulsividad</b> Al menos <b>2 síntomas de hiperactividad</b> .(sólo en caso de TDA+H)
DSM-III-R	1987	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Se omite el TDA-H).	Rango de edad: antes de los 7 años. Sintomatología: (al menos durante 6 meses) Al menos <b>8 de los 14 ítems</b> .
DSM-IV	1994	Trastorno de la Atención y del Comportamiento Perturbador. Subtipos: 1) Tipo combinado 2) Predominio déficit de atención 3) Predominio hiperactividad-impulsividad	Rango de edad: antes de los 7 años. Sintomatología: <b>Criterio A:</b> la desatención e hiperactividad es más grave que en lo observado en sujetos de su edad. <b>Criterio B:</b> la sintomatología aparece antes de los 7 años, <b>Criterio C:</b> Deben darse en dos de tres situaciones. colegio, casa o trabajo) <b>Criterio D:</b> Deben dificultar significativamente su desempeño en las áreas mencionadas. <b>Criterio E:</b> El trastorno no se explica por la presencia de otro trastorno mental. Al menos 3 síntomas de desatención Al menos 3 síntomas de impulsividad Al menos 2 síntomas de hiperactividad.(sólo en caso de TDA+H)
DSM-IV-TR	2000	Trastorno de la Atención y del Comportamiento Perturbador. (se mantiene igual) Subtipos: 1) Tipo combinado de déficit de atención e hiperactividad. 1) Predominio déficit de atención 2) Predominio hiperactividad-impulsividad	Rango de edad: antes de los 7 años. Sintomatología: Al menos <b>6 síntomas de desatención</b> Al menos <b>6 síntomas de hiperactividad-impulsividad</b> . Cumplir criterios: <b>A, B, C, D y E</b> .
DSM-V	2013	Trastorno déficit de atención/hiperactividad Subtipos: 1) Tipo combinado 2) Predominio déficit de atención 3) Predominio hiperactividad-impulsividad	Rango de edad: antes de los 12 años. Sintomatología: (para mayores de 17 años tienen que presentar al menos 5 síntomas) Al menos <b>6 síntomas de desatención</b> . Al menos <b>6 síntomas de hiperactividad-impulsividad</b> Cumplir criterios: <b>A, B, C, D y E</b>

*Nota.* Elaboración propia a partir de la información recogida de los diferentes DSM

Las primeras nociones acerca del trastorno aluden al daño cerebral como origen del mismo, tales como la teoría del “Daño cerebral” de Still o el “Síndrome de daño cerebral infantil” de Lehtinen y Strauss (Treviño, 2017). Sin embargo, no es hasta 1968 cuando es definido como trastorno en el DSM-II, en el que aparece bajo el término de “Síndrome Hiperactivo de la Infancia”. En este encontramos un breve apartado dentro de los desórdenes de conducta de la infancia y la adolescencia, en el que sitúan la hiperactividad como síntoma principal del trastorno, y en línea con los estudios previos, establecen como génesis el daño cerebral.

En la década de los setenta se produce un cambio de orientación y se empieza a dar mayor importancia a la dimensión cognitiva atencional como síntoma principal del trastorno. Esto se ve reflejado en el DSM-III de 1980 en el que el trastorno adquiere una nueva denominación: “Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad”, contemplando esta vez la hiperactividad como un elemento adicional. Aquí encontramos por primera vez un cuadro diagnóstico del TDAH, en el que se sitúa la edad de referencia en el intervalo de 7 a 10 años y resulta necesaria la presencia durante seis meses de al menos tres síntomas de desatención y tres síntomas de impulsividad para el subtipo sin hiperactividad, y adicionalmente, dos síntomas de hiperactividad para el subtipo hiperactivo. Además, especifican por primera vez el porcentaje de prevalencia, que consiste en el 3% de niños de Estados Unidos en este momento.

Tras la revisión del DSM-III-R en 1987 observamos un retroceso en este sentido al volver al término de “Déficit de Atención con Hiperactividad”, dejando de lado la posibilidad planteada en el DSM-III de un subtipo con ausencia de hiperactividad. En este manual se reformulan los criterios diagnósticos establecidos requiriendo el cumplimiento de al menos ocho de los catorce ítems expuestos. No obstante, se mantiene el criterio de los seis meses de prevalencia de los síntomas y el de siete años como edad de referencia diagnóstica.

Más tarde, en el DSM-IV de 1994 el término es sustituido por el de “Trastorno de la Atención y del Comportamiento Perturbador”, incluyendo de nuevo bajo esta denominación varios subtipos que consideran tanto la presencia de hiperactividad como su ausencia. Estos subtipos contemplan; el trastorno por déficit de atención con hiperactividad de tipo combinado, el tipo predominante hiperactivo-impulsivo y el tipo predominio de déficit de atención. En este caso, las características diagnósticas incluyen cinco criterios: el criterio A alude a que la frecuencia y gravedad del patrón de desatención e hiperactividad debe ser mayor a la observada en individuos de la misma edad; el criterio B mantiene como en manuales anteriores, los siete años como edad de referencia diagnóstica; el criterio C hace referencia a que los síntomas deben estar presentes en al menos dos situaciones de las mencionadas, en concreto, el entorno laboral, escolar, o familiar; el criterio D, en línea con el anterior, especifica que la presencia en estos ámbitos debe interferir significativamente en el desarrollo del individuo dentro de los mismos, y finalmente, en el criterio E establecen que la sintomatología no puede ser explicada por la presencia de otros trastornos. Además, se mantiene el requerimiento de los criterios de síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad, pero esta vez es necesaria la presencia de 6 de ellos para el diagnóstico. Se indica en este caso una prevalencia del 3% al 5% de los niños en edad escolar. Aunque posteriormente se realiza una revisión en el DSM-IV-TR (2000), no se observan modificaciones significativas con respecto al trastorno.

Como evidencia esta evolución histórica del trastorno en el DSM, se ha producido un aumento progresivo de la franja de edad diagnóstica y una flexibilización de los criterios diagnósticos pertinentes. De esta forma, actualmente basta con que los síntomas interfieran en la calidad de la esfera social, académica u ocupacional para que pueda realizarse el

diagnóstico, lo que puede ser uno de los factores que expliquen el aumento de casos de TDAH que se está observando.

## **2.2. El enfoque biomédico: las bases neurobiológicas del TDAH**

En el abordaje y tratamiento del TDAH ha predominado el modelo biomédico, que entiende este trastorno como un desorden biológico del desarrollo madurativo cerebral y se centra en la búsqueda de los mecanismos cerebrales anatómicos y neuronales que lo explican (Mulas et al., 2012). Algunos estudios sobre la estructura y función cerebral en personas con TDAH revelan diferencias significativas en áreas relacionadas con la atención, el control de impulsos y la regulación emocional, síntomas que apuntan a la existencia de una *hiperactividad fisiológica* (Warren et al., 1971).

Existen tres enfoques fundamentales para el diagnóstico y entrenamiento de las funciones ejecutivas con personas con TDAH, especialmente en relación con disfunciones en la región prefrontal del cerebro (Mulas et al., 2012); en primer lugar, el síndrome prefrontal medial o de cíngulo anterior tiene como principal síntoma la ineficacia de los procesos atencionales, en segundo lugar el síndrome dorsolateral es el responsable de la flexibilidad cognitiva y se caracteriza por una deficiencia en la misma, generando pérdidas de memoria, dificultad para controlar los impulsos, para planificar y adaptarse a nuevas situaciones y, en tercer lugar, el síndrome orbitofrontal impide desarrollar capacidades relacionadas con el control inhibitorio, lo que se traduce en una dificultad para suprimir respuestas automáticas o impulsivas para responder de manera más adecuada en una determinada situación.

Algunas investigaciones relacionan el TDAH con un retraso del desarrollo y con un menor volumen cerebral y de la sustancia gris en las personas que lo padecen. También se ha observado que una desregulación de neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, puede dar lugar a distracciones, dificultad de concentración, impulsividad, emociones extremas y baja satisfacción, entre otros síntomas (Martínez-Martín et al., 2015).

Por otro lado, existen numerosos estudios que evidencian riesgos genéticos y ambientales que apuntan a una fisiopatología en las vías biológicas (Faraone et al., 2021). Éstos producen una desregulación en el desarrollo neurológico y provocan variaciones cerebrales que contribuyen a la aparición del TDAH. En este contexto, se ha identificado una mayor probabilidad de ser diagnosticado de TDAH en aquellas personas con riesgo poligénico, y en menor medida, de defectos raros de un solo gen o anomalías de cromosomas (Cederlof et al., 2014). Por ello, se estima que la heredabilidad del trastorno es del 60-90% si uno de los padres lo padece. De igual manera, los familiares próximos de un niño con TDAH tienen entre 2 y 8 veces más probabilidades de sufrir el mismo (Sprich et al., 2000).

Cabe destacar la correlación entre el TDAH y algunos factores ambientales, como la exposición a sustancias tóxicas (Faraone et al., 2021), el tabaquismo materno, los colorantes alimentarios artificiales, el uso prenatal materno de paracetamol y la carga de plomo, entre otros (Goodlad et al., 2013; Huang et al., 2017; Dong et al., 2018; Nielsen y Tulve, 2020; Schab y Trinh, 2004; Ystrom et al., 2017 citado en Faraone et al., 2021).

La concepción del TDAH como un trastorno de bases neurobiológicas fundamenta el uso de un tratamiento farmacológico, ya que la comprensión de los mecanismos genéticos y

neuroológicos subyacentes al TDAH permite el desarrollo de medicamentos que aborden las disfunciones implicadas.

El predominio del enfoque biomédico se debe entre otros factores a la notable influencia del ámbito científico anglosajón, sobre todo de Estados Unidos, para el que el TDAH es comprendido desde el punto de vista médico y biológico, y por lo tanto, se centra en la búsqueda de las causas físicas y el respectivo tratamiento farmacológico (Navarro, y García-Villamizar, 2010). A pesar del consenso en la comunidad científica sobre esta conceptualización del TDAH, hay que señalar que se trata de una etiqueta diagnóstica controvertida, como veremos en apartados posteriores.

### **2.3. Perspectivas actuales en el tratamiento farmacológico y alternativas terapéuticas del TDAH**

Los principales medicamentos utilizados para el tratamiento del TDAH son los estimulantes (Child Mind Institute, 2024). Éstos se componen principalmente de dos ingredientes activos: el metilfenidato y la anfetamina, en base a los cuales se elaboran y distribuyen los medicamentos existentes.

En España está aprobado el uso de fármacos estimulantes y no estimulantes, aunque se suele recurrir con mayor frecuencia a los primeros. Esto se debe a la gran evidencia de beneficios demostrados, aunque también revelan que son los que tienen mayores efectos secundarios (Pons, 2019).

Por un lado, el mecanismo de acción de los estimulantes consiste en elevar la dopamina y la noradrenalina cerebral, para inhibir su recaptación en la sinapsis (Soutullo y Álvarez, 2014). Los estimulantes aprobados en España son el metilfenidato y las anfetaminas. En concreto el metilfenidato genera una gran controversia, ya que se desconoce su mecanismo de acción y sus efectos a largo plazo, por lo que no se puede asegurar la aparición de efectos adversos y por lo tanto, su seguridad para su administración y tratamiento (Pons, 2019).

En cuanto a la tolerabilidad y efectos adversos de éstos, los más frecuentes son el insomnio, la disminución del apetito y las cefaleas. Soutullo y Álvarez (2014) los describen como efectos secundarios “menores” y no graves, los cuales se encuentran presentes entre el 10% y el 15% de los niños tratados. Si éstos suponen un problema generalmente son corregidos a través de cambios en las dosis o en el horario de la toma de medicación.

Por otro lado, los fármacos no estimulantes son menos utilizados por su elevado precio y porque son ligeramente menos efectivos (Pons, 2019). Se suele recurrir a ellos ya sea por una falta de respuesta, por haberse observado efectos adversos de los estimulantes, o por el posible abuso o dependencia derivados de su toma (Soutullo y Álvarez, 2014). Los más habituales son la atomoxetina y los agonistas adrenérgicos. Los cuales tienen una eficacia demostrada con al menos doce estudios doble-ciego controlados con placebo y adultos. Hay que mencionar también la utilización de los antidepresivos para el tratamiento de la sintomatología conductual, aunque su uso está desaconsejado por algunos estudios a raíz de la falta de estudios sobre su seguridad (Jarque, 2012).

En esta línea encontramos referencias como la de Pons (2019) o Jarque (2012), que afirma que este tipo de medicamentos no estimulantes son bien tolerados y no generan adicción,

aunque se desconozca su mecanismo de acción y efectos a largo plazo. Pero también hay otras como la de Soutullo y Álvarez (2014), que aluden a la intolerabilidad o ausencia de respuesta del medicamento en entre el 10% y 30% de los niños con TDAH.

Diversos estudios verifican la eficacia del tratamiento farmacológico, tanto de estimulantes como no estimulantes, en la mejora de la sintomatología en sujetos con TDAH, concretamente en relación a conductas oposicionistas, interacciones sociales y familiares, el procesamiento temporal y el funcionamiento de su vida cotidiana (Pons, 2019). En este sentido, autores como Soutullo (2014) desmienten algunos mitos relacionados con la seguridad y eficacia de los medicamentos. Un mito común, según este autor, es que es mejor no dar medicación y recurrir a tratamientos no farmacológicos, sin embargo esto en ocasiones lleva a la utilización de métodos “mágicos” sin base científica, como la reeducación auditiva, dietas específicas y tratamientos homeopáticos, que no han demostrado eficacia y pueden ser costosos y engañosos. También cuestiona que las medicaciones para el TDAH produzcan adicción, afirmando que aunque el metilfenidato es similar a la anfetamina, no produce un efecto euforizante a dosis normales, e incluso reduce el riesgo de abuso de drogas al tratar el TDAH. En esta misma línea, otros autores abogan por una mayor efectividad del uso de medicamentos en comparación a tratamientos alternativos, ya que estos últimos no han demostrado clínicamente su eficacia en el manejo del trastorno (Faraone et al., 2021).

Otros estudios señalan múltiples ventajas del uso de fármacos para el tratamiento del TDAH, tales como la prevención con respecto al consumo de drogas, la regulación emocional, la mejora del rendimiento académico y relaciones sociales y el aumento de la motivación y la capacidad de esfuerzo continuado (Ortega, 2015).

Pese al predominio del enfoque biomédico, el tratamiento farmacológico ha generado una gran controversia, encontrando numerosas críticas al mismo. A menudo se teme que la medicación sea una solución rápida que no aborda las causas subyacentes del trastorno, y existen preocupaciones sobre los efectos secundarios y la presión social para medicar a los niños.

Aunque el tratamiento farmacológico es el más frecuente, existen otras formas de tratamiento, como las terapias psicoeducativas y psicosociales, cuyo objetivo es que los niños aprendan a convivir con el trastorno y a gestionar mejor las situaciones. Las terapias dirigidas a padres y madres tienen como objetivo el desarrollo de habilidades para comprender y manejar el comportamiento de sus hijos con el trastorno (Jarque, 2012). Este tipo de intervenciones ha demostrado una considerable reducción de los síntomas del TDAH, en concreto, de los problemas de conducta y dificultades con los deberes, sumado a una mejora del ambiente familiar. En el contexto escolar, el entrenamiento psicoeducativo a profesores también ha sido eficaz para el tratamiento de los síntomas ansiosos y antisociales, y de conducta disruptiva, así como para aumentar el rendimiento académico. Dentro de este ámbito destacan también los programas para padres, como entre otros: Triple P-Positive Parent Program de Sanders et al (2000) o The Incredible Years de Jones et al (2008). Además de otras formas como el entrenamiento de habilidades sociales para la mejora en el ámbito social de los niños con conductas antisociales (Jarque, 2012) o la terapia conductual y el entrenamiento cognitivo, las cuales han demostrado mejores resultados en el manejo del trastorno y el control evolutivo del paciente (Catalá-López et al., 2017).

El tratamiento combinado (farmacológico y psicosocial) es la mejor alternativa para el tratamiento del TDAH. Es por ello que Soutullo y Álvarez (2014) en su estudio sobre la tolerabilidad del tratamiento farmacológico del TDAH en niños y adolescentes establecen

que el procedimiento a seguir tiene tres partes principales: primero, la educación y manejo conductual, luego un apoyo académico, y finalmente, el tratamiento farmacológico.

#### **2.4. El ascenso del diagnóstico del TDAH: ¿Estamos ante un caso de sobrediagnóstico?**

Como hemos comentado anteriormente, el TDAH es un trastorno cada vez más común entre la población. Este hecho nos lleva a preguntarnos el por qué de esta prevalencia y qué condicionantes sociales pueden explicarla. A lo que numerosos estudios responden con la posibilidad de un sobrediagnóstico del TDAH, entendido como el diagnóstico precipitado cuando éste no causaría una sintomatología permanente para la persona, pero el tratamiento y el seguimiento de la enfermedad son aplicados como tal, ocasionando daños y costes, sin ningún beneficio adicional (Ñañez *et al.*, 2019). En este caso, se le atribuye al fenómeno las ocasiones en los que se realiza un diagnóstico de TDAH en ausencia de la realización de un estudio adecuado y longitudinal del trastorno, obviando la etapa evolutiva, el desarrollo neurológico y los factores psicosociales del paciente.

Entre los indicios que abogan por la posibilidad de un sobrediagnóstico encontramos que la ausencia de una terminología lo suficientemente amplia como para capturar la heterogeneidad tipológica del TDAH impide la comprensión total de la enfermedad (Balbuena, 2016). Es por esta razón por la que resulta determinante evaluar los instrumentos y criterios utilizados para el diagnóstico del TDAH. También porque en numerosas ocasiones se produce una discrepancia notable entre los padres y los docentes ante la intensidad y frecuencia de la sintomatología del TDAH (Ibid.). Es por ello que conviene recabar información de otras personas para elaborar con precisión el diagnóstico, tales como los psicólogos del colegio (Ibid.).

En esta línea, es de vital importancia considerar la comorbilidad del TDAH con otros trastornos para su adecuada identificación y tratamiento, concretamente con el trastorno disocial, la ansiedad o la depresión. Ésto resulta significativo porque en muchas ocasiones el TDAH se establece como precursor de la agresividad, delincuencia o consumo de drogas, y la comorbilidad puede ayudar a plantear otro enfoque explicativo (Ibid.).

Por otro lado, hay ciertos elementos sociodemográficos relevantes en este sentido, haciendo imprescindible reconocer su implicación a la hora de realizar el diagnóstico. En primer lugar, las pruebas diagnósticas han sido confeccionadas en población adulta, menoscabando la influencia de la etapa vital al realizar la valoración. En segundo lugar, las pruebas diagnósticas han sido probadas en población anglosajona (Ibid.), pudiendo observarse notables diferencias en la permisividad de las pruebas dependiendo del país en el que nos encontremos, repercutiendo así en el número de casos (Saiz, 2018). En tercer lugar, podemos observar la misma dinámica en referencia al nivel socioeconómico, ya que a mayor nivel de renta, mayor preocupación por el rendimiento escolar, lo que impulsa el crecimiento del diagnóstico y la respectiva toma de fármacos (Ibid.).

En este sentido, también podemos identificar factores de riesgo psicosociales, entre los que destacan la interacción con los padres y la estabilidad familiar, que son elementales para la aparición de problemas emocionales y conductuales, debido a que tienden a presentar limitaciones en el autocontrol emocional e impulsivo, lo que a su vez, repercute en dificultades para el desarrollo social (Ñañez *et al.*, 2019). En este contexto, es importante

considerar la necesidad de estos por saber acerca del problema de sus hijos, y en muchas ocasiones, de aliviar su culpabilidad, llevándolos a buscar una solución rápida (Ibid.). Todo ello nos indica la necesidad de conocer al niño más allá de la sintomatología aparente, indagando en su personalidad, inteligencia y en su entorno social y familiar, antes de formalizar un diagnóstico.

De esta forma, los indicadores mencionados nos permiten poder identificar algunas de las causas del fenómeno, pero también corroboran y hacen plausible la posibilidad de un sobrediagnóstico. Es por ello que resulta necesario un razonamiento clínico y exhaustivo por parte de los profesionales de la salud para un adecuado diagnóstico y tratamiento, además de generar un protocolo de actuación para estos casos, en el que se contemplen como factores de riesgo los biológicos, pero también los psicosociales y contextuales.

## **2.5. Abordando la medicalización del TDAH: entre la ciencia y la sociedad**

El TDAH ha sido objeto de numerosos debates y controversias tanto en el ámbito científico como en la sociedad en general. En el presente apartado, nos adentraremos en el complejo entramado que rodea la medicalización del TDAH, explorando las intersecciones entre la ciencia y la percepción social.

La medicalización es el proceso mediante el cual problemas no médicos son tratados como tal, describiéndolos a partir de un lenguaje médico y usando una intervención médica para su tratamiento (Conrad, 1992). Según Conrad (1975), la medicalización es el resultado de la expansión de la influencia de la medicina a cada vez más áreas de la vida humana, lo que ha llevado a una redefinición de lo que es normal y lo que es patológico. De esta forma, aspectos de la vida cotidiana que anteriormente se consideraban resultado de la variabilidad humana se convierten en problemas médicos que requieren de intervención, lo que abarca una gama cada vez más amplia de condiciones y comportamientos. Este proceso va acompañado de la creación de mercados para productos médicos y de la aparición de intereses comerciales en la prescripción de medicamentos, lo que conlleva a un aumento considerable de la misma para satisfacer dichos intereses.

La salud, concebida como meta fundamental en la búsqueda del bienestar individual y colectivo, se ve influenciada de manera significativa por las estructuras discursivas que se articulan en torno al diagnóstico y tratamiento farmacológico (Reyes et al., 2019). Estas estructuras no solo condicionan las formas de dar sentido a la experiencia del trastorno o enfermedad, sino que también contribuyen a la conformación de un modelo médico hegemónico que dicta la mirada con la cual debe verse todo lo relacionado con la salud. Con esto se pone de manifiesto la interacción entre poderes políticos y económicos en la construcción de los trastornos mentales, tal y como señalan Iriart e Iglesias (2012): “Las definiciones de los trastornos mentales no son necesariamente un indicador de condiciones clínicas objetivas, sino en muchos casos, el producto de un proceso influenciado por factores económicos, políticos, culturales e ideológicos” (como se citó en Ramos 2016, p. 240).

En el entramado de intereses que guían el sector de la salud el mercado ha adquirido cada vez mayor influencia, desplazando progresivamente a los profesionales médicos en numerables zonas de medicalización (Viñar et al., 2017). Así pues, las industrias farmacéuticas y biotecnológicas se han ido convirtiendo en las figuras principales de la medicalización (Moynihan y Cassels, 2007 como se citó en Viñar et al., 2013). Las reglas del mercado se

imponen a través de la construcción de nuevas enfermedades o a través de la creación de nuevos medicamentos para enfermedades ya existentes (Viñar et al, 2013).

La medicalización no sólo implica una expansión de la autoridad médica, sino que también opera como mecanismo de control social: "the greatest social control power comes from having the authority to define certain behaviors, persons and things" (Conrad, 1992, p. 216). Bajo la autoridad de la ideología médica imperante, el profesional sanitario está legitimado para catalogar y distinguir lo que es salud de lo que es enfermedad, lo que en un marco en el que la máxima aspiración es la salud, la enfermedad se convierte en una desviación de la norma y la medicina y el "rol de enfermo" los mecanismos capacitados para controlarla socialmente (Conrad, 1992). Así pues, cuando la autoridad médica ejerce una influencia significativa en la definición y tratamiento de ciertas condiciones, podemos cuestionarnos si trastornos como el TDAH son o no un resultado de la medicalización.

Antes del descubrimiento del TDAH, este comportamiento ya era catalogado como disruptivo, antisocial y desobediente, y a su vez ya existía el tratamiento farmacológico hoy en día utilizado para paliar el trastorno (Conrad y Schneider, 1981). Por lo tanto, el mecanismo de control social precede en veinte años a la etiqueta diagnóstica del TDAH, lo que desde esta perspectiva nos lleva a plantearnos si ésta fue creada para justificar el uso de los psicoestimulantes como un nuevo mecanismo de control social.

Dado que el tratamiento va dirigido sobre todo a niños y adolescentes, tanto la conceptualización del trastorno como su respectivo tratamiento se sustentan en un sistema de creencias y normas sociales sobre lo que es la infancia. Ésta última se fundamenta en varios principios morales: en primer lugar, los niños y niñas deben estar bajo constante supervisión, en segundo lugar, deben aprender disciplina, decencia y modestia, en tercer lugar, deben aprender a trabajar con diligencia y en último lugar, deben durante todo este proceso obedecer y respetar a la autoridad (Conrad y Schneider, 1981). Desde aquí se determinan los modelos que establecen cómo ser para ser aceptado en sociedad y para convertirse en un adulto dentro de la norma. Sin embargo, su incumplimiento implica la ruptura con el proceso de disciplinamiento, y por ende, conduce al desvío de las normas establecidas. A causa de esta dinámica, el TDAH surge como mecanismo para tratar la desviación social derivada de la patologización del fracaso escolar (Barceló, 2016).

Cabe destacar, que los psicofármacos utilizados para el tratamiento del TDAH y otras enfermedades tienen una significación cultural, la cual no puede ser únicamente asociada a la idea de medicalización (Reyes et al., 2019). Es por ello necesario considerar el entramado de relaciones y creencias alrededor del TDAH, y que influyen en la percepción del niño como niño-problema (Ibid.). En este sentido, el diagnóstico no sólo prescribe el proceso terapéutico a implementar, si no que interacciona con la identidad personal del sujeto (Ibid.). De esta forma, el niño va construyendo su identidad desde la carencia, la anormalidad y desde la idea de que requiere de los fármacos para un funcionamiento normal (Yordi, 2013).

Esta dinámica se entrelaza con otra dimensión relevante: cómo el uso de la industria farmacológica influye en los lazos familiares, escolares y de los discursos en torno a la salud (Viñar et al, 2013). Por un lado, en el ámbito escolar se ve reflejado en la forma en la que la incapacidad de la escuela para proporcionar el tratamiento requerido se suple al ajustar la administración del medicamento a la temporalidad escolar, de forma que se implemente orientado a las actividades que realizan los niños durante el día (Ibid.). Así pues, la industria farmacéutica se mantiene fiel a la demanda que ha contribuido a crear, y además se encarga de que se mantenga en el tiempo y pueda adaptarse a cualquier tipo de consumidor (Ibid.).

Por otro lado, la familia es un elemento importante en este contexto porque es ella quien introduce al niño en la escuela, con el objetivo de que ésta cumpla su función de cadena social en el sentido en el que representa la sociedad en la que en un futuro se deberá integrar el menor (Yordi, 2013). Es por ello, que ante la alarma de que esto no se pueda cumplir por un comportamiento “inadecuado” del niño, el fármaco supone una fuente de alivio para ellos. También porque queda reforzado a través del mito del origen, ya que son ellos los que transmiten las condiciones previas al diagnóstico a través de experiencias personales asociadas con la intranquilidad infantil o acontecimientos vitales complejos para los niños, y darles sentido es lo que genera la tranquilidad al recibir el diagnóstico, y por ende, ante la medicación correspondiente (Reyes et al., 2019). De esta manera, el fármaco en muchas ocasiones se convierte en el elemento que determina el diagnóstico, una vez mitigados los síntomas problemáticos (Ibid.).

Asimismo, la norma cultural que alude a un “yo activo” que elige libremente y adecúa el mundo al estilo de vida al que aspira (Viñar et al., 2013), ha influido en la postura de los niños y niñas hacia el uso de los fármacos, que según Reyes et al. (2019):

Finalmente, un conjunto de publicaciones recientes se ha concentrado en la experiencia social y subjetiva del tratamiento farmacológico en niños, reconociendo que los niños y niñas, en lugar de ser receptores pasivos del fármaco, son sujetos activos que se apropian activamente del medicamento, asignándoles sus propios sentidos y usos (p. 42).

La interiorización de esta idea permite que las dinámicas sociales que se encuentran tras estos procesos queden ocultas tras la sociedad de consumo, en la que las demandas de salud se traducen en servicios y los tratamientos farmacológicos en elecciones individuales y adecuadas a cada consumidor (Conrad, 2007).

En conclusión, numerosos estudios sugieren que el TDAH es una patología socialmente construida, y desde esta perspectiva, la normalización de las prácticas que se desenvuelven entre la industria farmacológica, la familia y la escuela se convierten en el principal eje problemático. Esta normalización, a su vez, dificulta su cuestionamiento e intervención (Barceló, 2016).

## **2.6 Experiencia subjetiva del TDAH.**

A diferencia de la información disponible de anteriores apartados, hemos observado cierta dificultad para encontrar estudios con respecto a la experiencia subjetiva de las personas con TDAH, de forma que sólo disponemos de un repertorio limitado de bibliografía a este respecto. En este sentido, los estudios encontrados sobre la experiencia del TDAH analizan el trastorno con respecto a su repercusión en cuatro ámbitos: los aspectos académicos, las relaciones sociales, la calidad de vida y el tratamiento (Álvarez de Godos y Ferreira, 2021).

Primeramente, se observa que las personas con el trastorno describen el mismo a partir de la incapacidad de concentrarse (Rendón, 2019). Sin embargo, esta definición viene muchas veces dada por la percepción de personas externas, las cuales identifican a las personas con el trastorno como distraídas o como personas que no le dan mucha importancia a las actividades académicas o sociales (Ibid.). Es por ello que algunos estudios revelan que las personas

diagnosticadas creen saber lo que significan las siglas “TDAH”, pero en realidad, no saben cuales son las características propias del trastorno (Blandón et al., 2014).

Para continuar, el diagnóstico suele realizarse fundamentalmente durante la infancia o adolescencia (Álvarez de Godos y Ferreira, 2021). Siendo la principal causa del mismo el bajo rendimiento escolar o problemas de conducta en el colegio y relaciones sociales (Ibid.). Observándose una tendencia a la baja motivación en actividades académicas o laborales, generando así, una pérdida de atención en la tarea (Rendón, 2019). En otras ocasiones, es la presencia del tdah en familiares o la sospecha de ello lo que motiva el diagnóstico (Álvarez de Godos y Ferreira, 2021). Asimismo, el proceso de diagnóstico suele iniciarse por la recomendación del profesorado, el cual consensúa con los padres la realización de las pruebas por parte de un psicólogo (Rendón, 2019).

A este respecto, hay estudios que analizan la implicación de la experiencia óptima percibida (EOP) y el rendimiento académico según la presencia de TDAH. Entendiendo la EOP como un estado de eficiencia y disfrute que puede llegar a sentir una persona al realizar una determinada actividad (Jiménez et al., 2010). Al realizar la comparación entre personas con TDAH y sin él, se obtienen las siguientes conclusiones: en primer lugar, las personas con TDAH le dedican menos tiempo semanal al estudio y actividades artísticas que los que no lo tienen. En segundo lugar, la presencia del EOP en el estudio, actividades artísticas y relaciones sociales es menor en personas con TDAH que sin él. De esta forma, el EOP se convierte en un factor predictor del rendimiento académico, resultando negativo para el de las personas con TDAH (Ibid.).

En torno a otras formas de sintomatología, se observa también una baja motivación con respecto a las relaciones sentimentales, perdiendo fácilmente el interés si la otra persona no lo muestra (Rendón, 2019). Del mismo modo, se aprecia una tendencia a la impulsividad en la toma de decisiones cotidianas, dificultad para el control de las emociones y reacciones predominantemente evitativas en situaciones que generan malestar (Ibid.).

Todo ello repercute sobre la identidad de quienes padecen el trastorno, ocasionando problemas de autoestima y ansiedad. Aunque en la mayoría de casos el trato con sus compañeros es normal, las personas afectadas a menudo se comparan con éstos y otros de su misma edad, lo que en ocasiones deriva en situaciones de desprecio y estigma por parte de los mismos (Álvarez de Godos y Ferreira, 2021). Por esta razón, se observan sentimientos de miedo o angustia ante la posibilidad de que sus compañeros descubran el diagnóstico y se den este tipo de situaciones (Blandón et al., 2014).

Esta dinámica tiene implicaciones sobre sus relaciones sociales, en las que se observa una timidez e introversión generalizada, impidiéndoles la capacidad de iniciar una conversación, o perdiendo el interés en el transcurso de la misma (Rendón, 2019). Asimismo, se evidencian dificultades para expresar sus sentimientos y comunicarse con su pareja y amigos, o para pedir ayuda en situaciones desconocidas (Ibid.).

Es por ello, que le dan un gran valor al tratamiento farmacológico como elemento de seguridad para controlar ciertos aspectos de su sintomatología y para poder enfrentarse a las posibles dificultades que se les presenten (Álvarez de Godos y Ferreira, 2021). Dentro de esto, suelen dar una mayor relevancia a las mejoras derivadas del medicamento con respecto a los estudios y las próximas experiencias laborales. Aunque también le dan importancia a los efectos secundarios, entre los que predominan la falta de apetito o insomnio. Además, aluden

positivamente a la eficacia de los tratamientos no farmacológicos, fundamentados principalmente en un seguimiento psicológico o escolar (Ibid.).

En definitiva, la notable insuficiencia de estudios que aborden la experiencia subjetiva del TDAH puede deberse a su dificultad para recoger y contabilizar esta información.

A este respecto, Blandón et al., (2014) manifiestan que dentro de la investigación y la tabulación de la información pudimos darnos cuenta que no podemos medir la información toda por igual, aunque a los encuestados se les hayan realizado las mismas preguntas, puesto que como ya lo conocemos, cada uno opina, expresa sus pensamientos, emociones, cuenta su experiencia de la mejor manera, además de lo cual no se puede hacer juicios de valor ni nada por el estilo porque es independiente y autónomo como tal. (p. 80).

Sin embargo, esta diversidad en las respuestas resalta la necesidad de valorar cada testimonio, comprendiendo que la subjetividad de cada experiencia es esencial para obtener una visión completa y matizada del impacto del TDAH en la vida de las personas. Del mismo modo que resulta fundamental para desarrollar estrategias de intervención y tratamiento que realmente reflejen las necesidades y realidades de quienes viven con este trastorno.

El objetivo de este trabajo es profundizar en la experiencia de las personas diagnosticadas de TDAH, prestando una especial atención a la experiencia con el tratamiento farmacológico.

### **3. Objetivos.**

*Objetivo general:* Analizar la experiencia del TDAH desde el punto de vista de las personas diagnosticadas

*Objetivos específicos:*

1. Describir el proceso diagnóstico del TDAH en jóvenes, cómo surge y qué sintomatología u entornos llevan al mismo.
2. Investigar el impacto del diagnóstico del TDAH en su vida cotidiana y entorno.
3. Examinar creencias y patrones de los jóvenes diagnosticados con TDAH.
4. Analizar las implicaciones del uso de fármacos para el tratamiento del TDAH en jóvenes.
5. Investigar la experiencia e información que tienen los jóvenes de tratamientos alternativos al farmacológico.

### **4. Metodología.**

Para este estudio se ha utilizado una metodología cualitativa, por considerarse la más adecuada para llegar a una comprensión más profunda y capturar las experiencias individuales de las personas con TDAH. Como técnica de recogida de información se ha utilizado la entrevista.

## 4.1 Participantes

La muestra estuvo compuesta por ocho participantes, cinco hombres y tres mujeres, todos ellos españoles y estudiantes. Se utilizó un muestreo no probabilístico por bola de nieve. La estrategia de selección para obtener la muestra se ha centrado en jóvenes de entre 16 y 30 años, residentes en España y que hayan sido diagnosticados con TDA o TDAH. La elección de este tramo de edad se debe a su accesibilidad y a que los jóvenes pueden ofrecer una perspectiva actual y reflexiva sobre el diagnóstico, así como de los desafíos relacionados con el tratamiento y la gestión del TDAH.

En cuanto a las características de los participantes, cinco estaban cursando estudios superiores y cinco tenían experiencia laboral o trabajaban en el momento de la entrevista. En la tabla 2 se recoge el perfil de los participantes del estudio:

**Tabla 2**  
*Perfil de los participantes entrevistados*

Participante	Edad	Sexo	Nacionalidad	Nivel de estudios	Exp laboral
1	21	Hombre	Española	Superiores	Sí
2	22	Hombre	Española	Superiores	Sí
3	27	Hombre	Española	Superiores	Sí
4	18	Hombre	Española	Grado medio	No
5	17	Hombre	Española	Bachillerato	No
6	18	Mujer	Española	Bachillerato	No
7	22	Mujer	Española	Superiores	Sí
8	22	Mujer	Española	Superiores	Sí

*Nota.* Elaboración propia a partir de los datos de la muestra

## 4.2. Instrumentos

La recogida de información se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas para las que se utilizó el guión que se incluye en el Anexo 1. El guión incluyó los siguientes puntos: momento, causas y forma de diagnóstico, encaje del mismo, opciones e información sobre los tratamientos disponibles, tiempo de toma de medicación, tipo de medicamento empleado, razón de cese del tratamiento, experiencia y valoración del tratamiento farmacológico, experiencia y valoración de tratamientos alternativos y técnicas complementarias para la gestión del trastorno. Finalmente, se planteó una pregunta final con la que se permitió a la persona entrevistada profundizar libremente en aquellos aspectos que no hubieran sido tratados y que le parecieran relevantes.

Dado el debate existente en torno al tratamiento farmacológico del TDAH, las entrevistas se han orientado para profundizar en este sentido. De esta forma, el guión de las entrevistas se elaboró con el propósito de recabar la máxima información posible a este respecto,

enfocándose en las percepciones de los entrevistados sobre la eficacia y los efectos secundarios de los medicamentos, así como en las pautas en las que son dosificados e introducidos en la vida cotidiana de los individuos.

En la entrevista también se recogió información sobre características sociodemográficas como la edad, el sexo, la nacionalidad, el nivel de estudios y la experiencia profesional.

### **4.3. Procedimiento**

Se utilizó un muestreo no probabilístico por bola de nieve. La captación y contacto con los entrevistados se llevaron a cabo a través de la difusión de la propuesta por redes sociales como Instagram o Whatsapp.

Las entrevistas se realizaron entre abril y mayo de 2024, tanto de manera presencial como por videollamada a través de la plataforma Google Meet. Las presenciales se hicieron en lugares accesibles para los participantes, pero a la vez poco transitados para evitar interferencias en las grabaciones de las mismas. Al empezar cada entrevista, se hizo entrega del consentimiento informado mediante formularios impresos o telemáticos (Anexo 2), y se suministró la información básica sobre la entrevista. A continuación, se comienza la grabación y la formulación de las preguntas, teniendo en cuenta durante todo el transcurso de la entrevista; fomentar un diálogo distendido, evitar emitir juicios sobre sus respuestas y mantener una actitud de interés y escucha activa. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 10 y 15 minutos, y en ellas se siguió el guión preestablecido pero no limitándose a él, ya que se ha tratado de profundizar en aquellos aspectos emergentes o de interés, llegando incluso a modificar el guión original. Al finalizar, se ofreció a los entrevistados la posibilidad de añadir algún aspecto que ellos considerasen de importancia.

### **4.4 Análisis de datos**

Para el análisis de los datos obtenidos, primeramente se ha realizado la transcripción de las ocho entrevistas en el programa Microsoft Word. Luego, se han revisado para una posterior lectura inmersiva, a partir de la cual se ha efectuado su análisis a través del software Atlas.ti.

Esta lectura nos ha permitido identificar aquellas citas relevantes para el estudio, obteniendo un total de 356 citas. Después se hizo una segunda lectura de las transcripciones para codificar las citas obtenidas, atendiendo a los objetivos de estudio y las preguntas del guión de entrevista. De esta forma, se obtuvieron un total de 116 códigos, los cuales tratan de catalogar las temáticas relevantes para la investigación, encontrando códigos referentes a: el proceso de diagnóstico, creencias sobre el trastorno, tratamientos implementados, situaciones de la toma de medicación, percepción de la medicación y tratamientos alternativos y actores involucrados en el proceso de diagnóstico y gestión del trastorno. A continuación, se realizaron las comprobaciones pertinentes para asegurar que las citas incluidas en los códigos eran congruentes con los mismos, y que se adecuaban al marco de análisis planteado.

Cabe destacar que en todo el proceso de análisis se ha adoptado una perspectiva comprensiva y flexible con los datos recabados, ya que como explica Martín (2023):

Pero en cualquier caso, siempre debemos tener en cuenta que los datos obtenidos por medio de entrevistas son el resultado de la extraordinaria complejidad y plasticidad de la comunicación humana, y por tanto hay que interpretarlos de la forma menos rígida y dogmática posible (pp. 47).

## **5. Resultados.**

En el presente apartado se presentan los resultados del análisis temático de las entrevistas realizadas para explorar en profundidad las múltiples dimensiones de la experiencia de las personas con TDAH. A lo largo del análisis han surgido varios elementos clave, los cuales revelan los diferentes aspectos del diagnóstico, tratamiento y vivencia del TDAH. Éstos incluyen los factores que llevan al diagnóstico y los actores implicados en el mismo. Asimismo, se aborda la experiencia subjetiva de vivir con el trastorno, así como la percepciones y experiencias relacionadas con el tratamiento farmacológico y otras alternativas considerando el nivel de información y conocimiento sobre las opciones de tratamiento de los entrevistados. También se exploran las técnicas utilizadas fuera del ámbito profesional por las personas con TDAH para gestionar el trastorno en su vida diaria. Finalmente, todo ello nos proporciona una visión más amplia sobre las principales creencias y estereotipos presentes alrededor del TDAH, tanto desde la perspectiva de los afectados, como de su entorno y sector profesional.

### **5.1 ¿Qué es lo que lleva al diagnóstico?**

El diagnóstico se origina principalmente en el contexto escolar o académico, fruto de una conducta disruptiva en clase o bajo rendimiento escolar. De esta forma, la mayoría de los participantes describen su experiencia de diagnóstico en términos de sus estudios y de los comportamientos esperados de alguien con TDAH. Por ejemplo, uno de los entrevistados comentó:

*Yo siempre he sido... lo que todos esperan de un TDAH, un desastre escolar, muy nervioso (Participante 1).*

Otro participante añadió:

*Me diagnosticaron cuando ya llevaba mucho tiempo yendo al pediatra por bajo rendimiento estudiantil, falta de ganas, muchas distracciones (Participante 3).*

A este respecto, los participantes al ser preguntados sobre la edad de su diagnóstico, hacen referencia en muchos casos al año escolar en el que fueron diagnosticados:

*Estaba en tercero de primaria. Tendría unos 9-10 años, más o menos (Participante 3).*

*Por la psicóloga del colegio en primero de la ESO (Participante 4).*

*Fue en tercero de la ESO (Participante 6).*

En este contexto, el diagnóstico se realiza a partir de recomendaciones de familiares o profesores, quienes buscan una explicación a lo que observan en el estudiante. Los profesores frecuentemente se comunican con los padres para incentivar una búsqueda de respuestas

sobre el comportamiento del niño en clase, lo cual, muchas veces deriva en el diagnóstico de TDAH. Tal y como ilustran los siguientes ejemplos:

*Pues a principios de este año, 2023, porque mi tutor tuvo una tutoría con mi madre y le dijo que igual me tendría que hacer las pruebas (Participante 5).*

*Ellos fueron quienes, a raíz de una charla y a través de un test, me dijeron que mis aptitudes podían estar relacionadas con un caso de TDAH y, gracias a la orientadora del instituto y a más estudios, no solo hice un test, hice varios, me dijeron que sí, que efectivamente podía tener TDAH (Participante 3).*

En este ámbito, los orientadores del instituto juegan un papel crucial, ya que son quienes a menudo detectan el problema, y en algunos casos, incluso los que realizan el diagnóstico. En el resto de los casos, los participantes acuden al médico de cabecera para conseguir una derivación al psiquiatra, o son directamente derivados a este por parte del colegio.

En algunos casos, la presencia de TDAH en la familia también juega un rol significativo:

*Y porque mi hermano también tiene TDAH. Y mis padres pensaron que yo seguía muchos patrones y entonces me hicieron las pruebas (Participante 6).*

Por otro lado, la mayoría de los entrevistados fueron diagnosticados a partir de los 17 años, exceptuando dos de los participantes, los cuales fueron diagnosticados durante su infancia. Esto puede influir en la proactividad del individuo en el proceso de diagnóstico, entendiendo que aquellos de mayor edad están más implicados en el mismo. Sin embargo, sólo encontramos dos casos en los que se observa dicha proactividad, para buscar por sí mismos una explicación a sus dificultades:

*Fui diagnosticada con 17 años y fui ya porque me estaba volviendo loca. Es decir, no sé si de verdad tengo un problema o es simplemente, pues yo que sé, que no me adapto, pero sí que había supuestamente un problema (Participante 7).*

*Claro, sí, porque yo también necesitaba un poco como decir, joder, mi hermano lo tiene. Entonces yo pensaba, pues a lo mejor es que yo también lo tengo y esto, pues yo qué sé, a la hora de hacer exámenes o lo que sea, me ayudan más o me aclara los enunciados y para mí es más fácil de entenderlo, ¿sabes? (Participante 8).*

En este sentido, los testimonios recogidos muestran que los entrevistados perciben una notable diferencia en comparación con sus compañeros en términos de rendimiento académico. Muchos de ellos expresan que estudiar y completar tareas les resulta considerablemente más difícil que a sus compañeros:

*Yo llevaba muchos años sabiendo que algo me pasaba porque me costaba muchísimo más que al resto de mis compañeros estudiar y lo que una amiga mía se estudiaba en dos horas, yo me lo estudiaba en dos días (Participante 8).*

El resto de entrevistados no participó activamente en la búsqueda de diagnóstico, ya que su proceso diagnóstico estuvo profundamente influenciado por el entorno escolar y las recomendaciones de figuras de autoridad en ese contexto.

## **5.2 Experiencia de la enfermedad**

En general, los participantes del estudio encajaron con naturalidad el diagnóstico de TDAH, sin que este supusiera un impacto significativo en sus vidas cotidianas, ni cambios notables en la gestión de sus actividades diarias. Tal y como demuestra la siguiente cita:

*No sé, o sea, como que no, tampoco fue como para tanto. O sea, fue como, bueno, pues ya está, te tomas esta medicación que te dan, o sea, no fue como un, oh Dios mío, ¿qué pasa tal? No sé qué. Bueno, pues tú tienes esto, te dan esta medicación, pues dale, tómatela y tal (Participante 7).*

De hecho, para algunos participantes el diagnóstico se asocia con cierta positividad, ya que con este anticipan ciertos beneficios académicos, o es integrado como parte de su identidad personal:

*Entonces no fue, o sea, no me sentó mal ni nada, todo lo contrario. Fue como, pues a partir de ahora a lo mejor empiezo a irme un poco mejor en los exámenes o me dan más tiempo, me aclaran los enunciados, porque yo me quedaba sin tiempo en los exámenes y los dejaba a medio terminar o no entendía las preguntas en la universidad. Sobre todo, me pasa que es que me preguntan unas cosas que no entiendo y necesito que me lo aclaren, ¿sabes? (Participante 8).*

*Un TDAH súper orgulloso de mí mismo. \*risas\* (Participante 1).*

Si bien, aunque la tendencia general es de aceptación, algunos participantes dicen haber sentido cierta preocupación inicial al recibir el diagnóstico, debido a la incertidumbre sobre cómo podría afectarles en su vida diaria:

*A ver, yo lo encajé con la preocupación con la que encajas cualquier tipo de diagnóstico que es un diagnóstico completamente normal y cada vez más común entre las personas, pero con la preocupación de que no sé si te va a afectar, si te puede cambiar la manera de tal... (Participante 2).*

A la hora de describir las experiencias y vivencias en torno al TDAH, los discursos de los entrevistados nos llevan a resaltar dos elementos clave: el escepticismo y la estigmatización.

Por un lado, el escepticismo surge como tema recurrente en las entrevistas, manifestándose tanto desde la perspectiva de los afectados como desde las personas de su entorno. En este sentido, algunos participantes atribuyen su bajo rendimiento a la falta de motivación más que a un trastorno, y sugieren que la motivación en el entorno académico depende más de estudiar lo que uno desea o de mantener una mentalidad proactiva. A este respecto, uno de los entrevistados destaca:

*A nivel estudios, realmente pues no estudié en ningún momento lo que quería hasta que me metí al grado medio, así que tampoco habría hecho muchísima diferencia en mi vida de... en mi vida estudiantil (Participante 1).*

De la misma forma, encontramos una reacción por parte de familiares y amigos mayoritariamente positiva. Muchos de ellos colaboran activamente en el proceso de diagnóstico, informándose y ayudando en la gestión del trastorno:

*Y mi familia, pues mi padre, en plan, no se enteraba muy bien, en plan, mi padre sabía mucho, pero como que medio... no se enteraba muy bien, pero mi madre sí que estuvo ahí todo el rato, en plan, informándose, leía hasta libros y todo, o sea que sí (Participante 4).*

Sin embargo, en ocasiones los participantes aluden a una falta de comprensión del trastorno por parte de familiares y profesores, los cuales atribuyen la conducta del sujeto a causas diferentes al diagnóstico:

*O sea, mi padre dice, tú no tienes nada, tal, no sé qué. Yo digo, es que lo peor de todo es que lo tienes tú también (Participante 7).*

*Sí, el mal niño para todos los profes y un profe que dedicó más de dos minutos a hablar conmigo, le dijo a mis padres: oye, ¿sabéis si este chico tiene TDAH? Porque antes, antes y ahora, pero antes mucho más te decían tu no tienes TDAH, tú eres un vago (Participante 1).*

Es por ello que en algunos casos se menciona cierta indiferencia o pasividad por parte de los familiares en el proceso de diagnóstico. Los participantes indican en estas situaciones, una ausencia de conversaciones en profundidad sobre el tema:

*No se hablan mucho las cosas en mi familia, entonces como que no, no se volvió a tocar mucho el tema. Fue como, vale, tienes esto, bueno, pues adiós. Y yo pensé, bueno, tú dale (Participante 7).*

Por otro lado, la estigmatización es otro elemento destacado, la cual se refleja en las experiencias de un trato inadecuado y reproducción de estereotipos por parte de los profesionales implicados:

*Y hicimos, pues eso, un plan de estudios diferente, más ayuda, más tiempo en los exámenes, un poco más atentos, un poco más de comprensión por parte del profesorado, los cuales se lo tomaron un poco como quisieron, excepto los tres que no me dicen que soy un vago y que entienden lo que significa TDAH. (Participante 1)*

*Y luego cuando fui al otro pediatra con 16, 17, ya vino... no, 18. Ya el pediatra estaba mucho más tajante de, bueno, no me cuentes cuentos, vamos a hacer esto. Sí. el profesional era muy poco... ¿cómo es? Sensible, no... (Participante 3)*

El miedo a la medicación y el deseo de ser percibidos como normales también son discursos comunes:

*Al principio muy mal y no me quería medicar porque, no sé, pensaba que no lo necesitaba y eso. Y tampoco quería más tiempo en los exámenes, porque decía que quería tener como las mismas condiciones que el resto y eso. (Participante 6).*

*Porque tal, pero es verdad que ahora conociendo nuevas personas y tal, pues sí que es un poco como, se van a pensar que soy rara, pero me da igual (Participante 7).*

Aquí, los entrevistados indican la necesidad de ser escuchados y la necesidad de normalizar el trastorno:

*Imagino que como todo en la vida, esto avanzará y se logrará como normalizarlo, como un niño de TDAH sea igual que un niño rubio, que un niño con gafas... (Participante 1).*

En este sentido, se hace referencia al trastorno como una forma de llevar las situaciones y no como una enfermedad:

*Para que la gente no crea que esto es una enfermedad, sino que es una manera de llevar las situaciones (Participante 2).*

Otros temas recurrentes son el desconocimiento y la desinformación. Muchos participantes revelan un profundo desconocimiento sobre el TDAH en el momento del diagnóstico, especialmente presente en aquellos diagnosticados a menor edad:

*No, porque tampoco sabía qué pasaba. A mí me llevan al médico, era muy pequeño, me llevan al médico y para mí era guay porque perdía clase (Participante 3).*

*No, fue que ella, a ver, según fue más de ese tema mi madre, yo no me enteré muy bien de la cosa, pero en plan, no sé, mi madre hablando con la psicóloga, pues fuimos ahí (Participante 4).*

A este respecto, se menciona con frecuencia la necesidad de una mayor divulgación de información y de ayudas para entender y gestionar el trastorno en el entorno profesional y académico. Ya que en numerosas ocasiones, son los padres los que se informan por su cuenta:

*O sea, principalmente te tienen que intentar ayudar a entenderte, ¿sabes? Y por mucho que te mediquen y te lancen para afuera, pues sigues sin entender la mayoría de cosas ni que haces, ni que te llevan a hacer las cosas, ¿sabes? Entonces, por mucho que estés medicado, vale, sí, te ayuda en ciertos aspectos de tu vida, pero yo creo que de arriba, nada, para nada (Participante 7).*

*Nada, simplemente que animó también a la gente, no solo a la gente, sino a la gente que diagnostica o trata de atajar este tipo de trastornos a que informe más a la gente acerca de este tipo de trastornos (Participante 2).*

### **5.3 Experiencia y pautas de medicación del tratamiento farmacológico**

El tratamiento farmacológico ocupó un lugar central en los discursos de los participantes.

Primeramente, al realizarse mayoritariamente el diagnóstico de TDAH en el contexto escolar, donde el profesorado comunica la conducta disruptiva a los familiares, la decisión sobre el tratamiento propuesto generalmente recae en los familiares o se consensua con ellos:

*Pues nos lo ofrecieron después de un tiempo, después de pasar revisiones y tal nos lo comentaron. Igual era muy pequeño cuando me lo diagnosticaron y tal. Nos lo plantearon y dijimos pues vamos a probar, y probamos (Participante 1).*

Aunque se observa que aquellos diagnosticados a mayor edad tienen opción de decisión en el momento en el que se ofrecen los tratamientos. Lo que indica que a medida que los individuos crecen, toman un rol más activo en la elección de los tratamientos que les son propuestos:

*No, yo, o sea, me lo dijeron allí, me dijeron que si yo quería medicación y dije que no (Participante 8).*

Todo ello influye en el tratamiento utilizado posteriormente. En función de los testimonios de los participantes, encontramos una mayoría de casos en los que se utiliza un tratamiento a base de fármacos aislado de otras fórmulas (4) y luego encontramos los mismos casos tanto de la implementación de tratamientos duales (2), como de tratamientos alternativos aislados (2).

Así pues, atendiendo a los participantes que han sido tratados a través de fármacos, encontramos que el principal medicamento utilizado es el Concerta. A este le siguen Rubifen y Medikinet, con un único caso que indica el uso de Elvanse. Luego, los tiempos de administración de estos medicamentos varían desde los dos meses hasta los dos años y medio, con una excepción significativa de un participante que lo utilizó durante ocho años.

En cuanto a la experiencia con la medicación, la percepción es mayoritariamente negativa entre los entrevistados. Ya que al preguntarles sobre si les fue suficiente el tratamiento farmacológico para la gestión de la enfermedad, la mayoría respondió negativamente debido a los efectos secundarios adversos experimentados, entre los que encontramos; principalmente un sentimiento de desorientación, mareo, insomnio y cansancio, habiendo casos en los que los participantes indican cambios de humor y pérdidas de apetito, y en menor medida, aluden a cierta “limitación” en su vida diaria, sintomatología depresiva o nerviosa y vómitos.

Aunque pese a la mayoría de experiencias negativas, algunos participantes expresaron opiniones positivas sobre esta forma de tratamiento, especialmente en relación con la mejora de las notas y el rendimiento escolar:

*A ver, esto fue las primeras semanas, pero luego como que se controló y ya hacía vida normal y la verdad es que mis notas han subido. Porque a mí en la segunda evaluación me quedaron 5 y en la tercera me las he tomado más, más seguido y más todo, y he aprobado toda la primera (Participante 5).*

Otros reconocen la necesidad del tratamiento farmacológico como una ayuda esencial:

*Bueno, a ver, al final el tratamiento químico es muy necesario, al final en algún momento es que los jóvenes necesitan ayuda, algunos necesitan ayuda química, otros a lo mejor simplemente necesitan que les sueltes un rato, que puedan a jugar fútbol, alguna actividad, que se liberen (Participante 3).*

En este sentido, todos los participantes que recurrieron al tratamiento farmacológico experimentaron cambios en su medicación para minimizar posibles efectos secundarios y adecuarse a sus necesidades individuales. Sin embargo, muchos de estos cambios se realizaron después de haber sufrido efectos secundarios. Esto llevó en algunos casos a la

interrupción del tratamiento, ya que los participantes sentían que podían vivir sin él o que la medicación podía ser perjudicial:

*Pero es que como que me dieron muchísimos efectos secundarios, me dio depresión, entonces pues ya dijimos que lo mejor era dejarlo (Participante 4).*

*No, porque yo qué sé, pienso que eso, tomar mucha cantidad, al final creo que es malo, entonces no (Participante 5).*

Aunque también encontramos situaciones en las que interrumpen el tratamiento al finalizar el periodo escolar o por sentir que ya no lo necesitan al estar en una edad más avanzada:

*Y fue ya un momento en el que se me acabó la medicación, no estaba estudiando, y también decidí dejar de tomarla (Participante 3).*

En torno a las pautas de medicación, la mayoría de los entrevistados tomaban una o dos pastillas diarias, incluyendo los fines de semana, excepto dos casos que solo la tomaban entre semana. Aunque en todos los casos se mantiene la toma de medicación durante el periodo escolar, ya que durante los periodos de vacaciones dejaban de tomarla. Además, en algunos casos se recomendó tomarla en situaciones de alta dificultad académica, lo que llevó a algunos participantes a automedicarse ocasionalmente:

*Pero luego yo ya sentía que como que no me hacía efecto. Y ya pues me empezaba a tomar de más (Participante 6).*

*Y para un examen, que era un final de filosofía, me tomé la pastilla y aguanté toda la noche estudiando (Participante 3).*

#### **5.4 Experiencia y percepción sobre tratamientos alternativos**

La mayoría de los participantes no tenían conocimientos previos sobre los tratamientos alternativos al farmacológico disponibles para el TDAH. Generalmente, sólo conocían las opciones que les habían sido propuestas en el momento del diagnóstico, entre las que predomina el tratamiento farmacológico :

*No, totalmente negativo, y es lo que te he comentado antes, las dos únicas alternativas que yo sabía y que tenía eran esas dos alternativas que me ofrecieron (Participante 2).*

*Y ya me dijeron que debía volver. Fui al Ramón y Cajal, ya esta vez para hablar con el psiquiatra. Y ya el psiquiatra me dijo, directamente no hubo un diagnóstico, simplemente dijo pastillas. No hubo un diagnóstico previo, cogió los antecedentes, cogió mis notas, los síntomas, que era suspender, y dijeron pastillas (Participante 3).*

Aquellos que sí refieren tener conocimientos sobre éstos, indican haberse enterado más tarde de lo que les gustaría:

*Si, pero muchísimo más tarde de lo que me gustaría haberme enterado (Participante 1).*

Dado el desconocimiento generalizado sobre este tipo de tratamientos, se preguntó a los entrevistados si creen que les habrían servido para gestionar su trastorno y se proponen varios

ejemplos, como psicólogos, grupos de apoyo y terapia cognitivo-conductual, entre otros. La mayoría respondió positivamente, sugiriendo que estos tratamientos les habrían sido útiles o que les habría gustado recibirlos. Sólo un participante no los consideró necesarios.

La percepción general es que hablar con alguien y desahogarse siempre es beneficioso, y algunos miran con nostalgia las técnicas modernas para tratar el TDAH, pensando que les habrían sido de gran ayuda en su momento de diagnóstico:

*Hombre, sí, o sea, yo también, yo al estudiar psicología, pues obviamente siempre pienso que una terapia, una ayuda aparte siempre viene mejor, ¿sabes? Pero, yo qué sé, entre unas cosas y otras lo vas dejando, es como que no te pones en serio, no, ¿sabes? Lo dejas pasar con el tiempo. Pero, hombre, sí que pienso que en algunos momentos sí que me hubiese venido muy bien, ¿sabes? (Participante 8).*

*Es verdad que ahora viéndolo, a la hora de verlo en niños y tal, o sea, es como que hay muchas otras maneras de llevarlo, ¿sabes? Y pues eso me habría gustado (Participante 7).*

Es por ello que algunos participantes mencionan la necesidad de enfoques adicionales o alternativos a la medicación:

*Sí, pero también siento que era otra época. O sea, actualmente yo creo que se puede hacer, se pueden hacer estudios, se pueden mejorar, para no simplemente meterle química en el cerebro a una persona y más teniendo en cuenta que lo está desarrollando en esos momentos. Deberían también haber otros métodos (Participante 3).*

Sólo en tres de los casos se proponen opciones alternativas al tratamiento farmacológico. Las cuales están orientadas principalmente a un seguimiento escolar y a proporcionar facilidades en los estudios, como tiempos extendidos para exámenes y una mayor comprensión por parte del profesorado. Aquellos que los han recibido responden positivamente a su efectividad:

*Sí, porque me proporcionó conocimiento acerca de lo que es el TDAH, acerca del propio diagnóstico, que yo en ningún momento hubiese pensado que hubiese tenido TDAH y fueron quienes me diagnosticaron con, y me ofrecieron recursos en contra, o sea no en contra, sino como contraposición a el tratamiento farmacológico. Entonces creo que me sirvió bastante que me formaran y que me orientaran en lo que es el TDAH (Participante 2).*

*Sí, de hecho, al principio ni nos lo comentaron. Y hicimos, pues eso, un plan de estudios diferente, más ayuda, más tiempo en los exámenes, un poco más atentos, un poco más de comprensión por parte del profesorado, los cuales se lo tomaron un poco como quisieron, excepto los tres que no me dicen que soy un vago y que entienden lo que significa TDAH. Nada tampoco..., luego ya fue a los 1-2 años y tampoco me mediqué durante muchos años así que... (Participante 1).*

Por otro lado, el estudio revela diversas técnicas implementadas por las personas con TDAH para manejar el trastorno fuera del ámbito profesional, destacando principalmente la práctica del deporte. Muchos participantes destacan que el ejercicio físico les ayuda significativamente en múltiples aspectos de su vida, y en concreto, para el manejo del trastorno. Esta idea predomina entre los hombres entrevistados, quienes en su mayoría, han

practicado deporte frecuentemente a lo largo de su vida. Otros comienzan a practicarlo en el momento del diagnóstico:

*Por ejemplo, para calmarlo, yo estuve jugando mucho tiempo al fútbol, que encima estuve jugando como en primero, en plan, llevaba jugando más tiempo, pero justo en los años que me lo diagnosticaron que eran primero o tercero de eso, estuve jugando y ahora como que ya soy más mayor, estoy más calmado y yo creo que en ese tiempo pues sí que me ayudaba, yo creo (Participante 4).*

Luego, muchos de los entrevistados mencionan la importancia de apoyarse en sus amigos y participar en organizaciones sociales como los scouts para gestionar el TDAH:

*Por ejemplo, la última, lo de anticipar a mi entorno sobre el trastorno, si lo he aplicado, y es verdad que mi entorno se ha portado genial con eso, me ha dado todas las herramientas y todas las facilidades que han podido darme para llevar, por así decirlo, conmigo el trastorno (Participante 2).*

*A mí también me ha ayudado mucho, en su momento también, a sobrevivir en la ESO, socializar con, por ejemplo, fui al grupo de scout y también iba a fútbol, y eso al final que tener tu rutina de, venga, los jueves, en lugar de encerrarte en casa a estudiar, ponerte a jugar con tus amigos al fútbol, aunque sea entrenando y tener que estar en el entorno, te lo recomiendo en serio, pero desfogar de pegarle cuatro patadas a un balón, me ha ayudado también (Participante 3).*

En menor medida, otros participantes mencionan técnicas adicionales como sesiones de relajación, técnicas de estudio específicas y encontrar un trabajo que les guste y se les de bien.

## **6. Conclusiones y discusión.**

El presente trabajo tuvo como objetivo principal analizar la experiencia del TDAH desde la perspectiva de las personas diagnosticadas, con una especial atención a la experiencia con el tratamiento farmacológico. A través de entrevistas con personas jóvenes diagnosticadas de TDAH, hemos obtenido información sobre la experiencia de estas con la medicación, así como sobre otros aspectos relevantes de la vivencia de este trastorno, como las causas y proceso de diagnóstico, la experiencia y creencias acerca de la enfermedad, y el conocimiento y la percepción de tratamientos alternativos.

Uno de los objetivos específicos de este trabajo fue describir el proceso diagnóstico del TDAH en jóvenes, cómo surge y qué sintomatología u entornos llevan al mismo. Los resultados obtenidos nos llevan a resaltar las siguientes conclusiones sobre dicho proceso. Éste suele iniciarse en el contexto académico, a partir de recomendaciones de familiares y profesores, para buscar una explicación a la conducta disruptiva o bajo rendimiento escolar que presenta la persona diagnosticada. En este proceso, muchas veces son derivados al psiquiatra para hacer el diagnóstico formal, si no son antes diagnosticados por parte de los orientadores del colegio. De esta forma, el proceso de diagnóstico suele ir guiado por figuras de autoridad, dejando poco margen de iniciativa y participación para los diagnosticados en el mismo.

A este respecto, encontramos en la bibliografía revisada que el entorno académico es un contexto proclive al diagnóstico por varias razones, entre las que destacan los indicadores de diagnóstico del DSM-V. Este manual establece pautas sintomatológicas de desatención, impulsividad e hiperactividad y cinco criterios diagnósticos, entre los que aparece que la desatención e hiperactividad deben ser más graves que las observadas en sujetos de su edad. Por lo tanto, el contexto escolar resulta idóneo para identificar estas diferencias, ya que cada curso corresponde con una edad determinada. Además, en este tipo de entornos la exigencia principal es la atención al profesor y la disciplina, ya que es necesario mantenerse en su sitio para el orden de la clase, por lo que las conductas hiperactivas, impulsivas o de desatención, son mucho más llamativas en estos contextos.

A este respecto, Barceló (2016) habla de la conceptualización de la infancia, a la que se le atribuyen varios principios morales, como la supervisión, la disciplina, la decencia, la modestia y la obediencia a la autoridad. Desde los cuales se determinan los modelos que establecen cómo ser aceptado en sociedad, de modo que aquellos que incumplen dichas normas se convierten en desviados sociales. De esta forma, el fracaso escolar y la hiperactividad se convierten en elementos disruptivos de la norma y orden de la clase, para los que el diagnóstico TDAH se presenta como solución (Ibid).

En este sentido, el género de los participantes también podría ser un factor relevante para el diagnóstico del TDAH. A pesar de que para este estudio se trató de conseguir una muestra equitativa con respecto al género, el resultado fue una sobrerrepresentación masculina, debido a que la accesibilidad de hombres diagnosticados del trastorno era mucho mayor que la de mujeres en el momento de captación de participantes. Esta prevalencia masculina en el TDAH es ampliamente reconocida por la comunidad científica, y tanto es así que se ha denominado como un “disorder of boyhood” (Roso, 2019). Esto se debe a que los hombres tienden a manifestar sintomatología externalizante, mientras que las mujeres presentan sintomatología internalizante, lo que favorece una mayor identificación del trastorno de los primeros (Muñoz, 2020 citado en Barrera, 2023). Aunque también podemos dar explicación a este fenómeno a partir de los roles de género y la ocupación de los espacios en clase. Desde este enfoque los niños recrean normas de géneros en sus interacciones diarias en el colegio, de forma que los hombres tienden a ocupar más espacio físico y dominar la atención del profesor, mientras que las mujeres son relegadas a los márgenes y son educadas para un cumplimiento más estricto de las normas (Thorne, 1993).

Asimismo, la zona geográfica y la edad también se pueden valorar como factores que condicionan el diagnóstico del TDAH. Por un lado, la zona geográfica de los participantes nos puede proporcionar pistas acerca de los criterios diagnósticos implementados. A este respecto Saiz (2018) indica que se observan diferencias significativas en la permisividad de las pruebas dependiendo del país en el que nos encontremos, repercutiendo en el número de casos diagnosticados. Por otro lado, la edad de diagnóstico de los participantes de nuestra muestra fue mayoritariamente a partir de los 17 años, lo que en función del DSM-V permite diagnosticar en base a la presencia de 5 síntomas, a diferencia de los menores de 17 años, que se les diagnostica a partir de 6 síntomas. En este sentido, otros autores refieren que las pruebas diagnósticas han sido confeccionadas en población adulta, sin tener en cuenta la etapa vital en la que se realiza la valoración (Balbuena, 2016).

Los datos de esta investigación no nos permiten evaluar de manera precisa la presencia de un sobrediagnóstico del TDAH. Sin embargo, algunos estudios hacen referencia al papel de los padres en el proceso de diagnóstico, como la necesidad de estos por saber acerca del problema de sus hijos, y en ocasiones, aliviar su culpabilidad y obtener una solución rápida

(Ñañez *et al.*, 2019), lo que puede incitar un diagnóstico precoz. Además, las entrevistas revelan que en el proceso de diagnóstico pocas veces se investiga acerca de los aspectos psicosociales de los sujetos, los cuales son especialmente relevantes para el diagnóstico, y en ausencia de ellos, no es posible una evaluación integral del contexto que rodea a la persona (Ibid.).

En definitiva, encontramos posibles factores que podrían considerarse de riesgo para el diagnóstico del TDAH, éstos son la edad, el género, la localización geográfica y el contexto escolar. Éstos se desenvuelven en un entramado de creencias y relaciones que influyen en la percepción del niño como niño problema (Reyes *et al.*, 2019) y que condicionan las interpretaciones de la conducta de las personas en el entorno escolar y académico. Asimismo estos lugares resultan clave para la identificación del “niño problema”, ya que en dichos ámbitos las conductas evaluadas son más representativas y perseguidas, ya que la función de los profesores es, al fin y al cabo, el disciplinamiento. Esto elude de cualquier iniciativa o responsabilidad en el proceso de diagnóstico para la mayoría de los entrevistados, los cuales son señalados de tener un problema que generalmente no consideraban tener.

Los siguientes objetivos de este trabajo fueron investigar acerca del impacto del diagnóstico del TDAH en la vida cotidiana y entorno de las personas que lo padecen y examinar las creencias y patrones de los jóvenes diagnosticados con TDAH. Los resultados obtenidos nos llevan a destacar las siguientes conclusiones. El diagnóstico suele tomarse con cierta naturalidad, sin suponer un gran impacto en sus vidas. Sin embargo, también encontramos discursos que refieren positividad sobre el mismo, ya que anticipan ventajas o lo interiorizan como parte de su identidad, y discursos de preocupación, por la incertidumbre de no saber de qué forma les va a afectar. Aquí entran en juego las creencias y estereotipos que rodean el trastorno. A este respecto, se observa cierto escepticismo hacia el diagnóstico, aludiendo que el rendimiento académico depende más de estudiar lo que a uno le motiva. En este contexto, los actores involucrados en el proceso de diagnóstico juegan un papel determinante, ya que son los familiares generalmente los que se involucran y dirigen el proceso de diagnóstico. Aunque en otras ocasiones, se observa dicho escepticismo por su parte o una ausencia de conversaciones en profundidad sobre el tema. También, son en muchas ocasiones los que buscan la información sobre el trastorno, debido a la falta de información generalizada entre los diagnosticados y por la estigmatización que sufren por parte del profesorado. En este sentido, afloran miedos en torno a la medicación y ser etiquetados como enfermos.

Como señala Tajfel (1981), la identidad es resultado de la pertenencia a un grupo social y del significado valorativo y emocional que representa dicha pertenencia. Es por ello que las significaciones que le dan al trastorno algunos participantes generan discursos referentes al miedo del diagnóstico o al deseo de normalidad, y por el contrario, otros interiorizan el diagnóstico como una parte positiva de sí mismos.

Para continuar, muchos de los entrevistados aluden a que sufren estigmatización, sobre todo, por parte del profesorado. Esto tiene que ver con las creencias y estereotipos en torno al TDAH, los cuales tienen una gran repercusión en el contexto escolar. A este respecto, Orjales (1999) indica que los apelativos recurrentes referidos a las personas con este trastorno son, entre otros: malos, malcriados, los que hacen el lío, vagos y torpes. Así, podemos dar sentido a los discursos de los entrevistados en lo referente al escepticismo que les envuelve, ya que en este contexto el profesorado atribuye la conducta que observa en los alumnos a otras causas ajenas al diagnóstico, etiquetándolos como ociosos o irresponsables (Giusti, Heydl y Joselevich, 2006). Estos discursos por parte del profesorado corresponden con significados y representaciones simbólicas de la cultura de los grupos dominantes (Vega Godoy, 2009), por

lo que no es de extrañar que calen también sobre los propios individuos diagnosticados y sus familiares, tal y como demuestran los testimonios recogidos.

A su vez, la estigmatización y el escepticismo que rodean el trastorno pueden dar explicación a la desinformación que impera entre los entrevistados. Los cuales, refieren no tener conocimientos sobre el TDAH en el momento del diagnóstico. Esto puede deberse a que el miedo al rechazo y los prejuicios sociales fomentan la evitación de discusiones abiertas sobre el trastorno, limitando así el acceso a información precisa. Del mismo modo que la difusión de mitos y creencias erróneas alimenta la desinformación, y la falta de educación y sensibilización por parte de los profesionales implicados, dando lugar a un manejo inadecuado del trastorno.

Cabe destacar, que en este proceso la experiencia de la enfermedad supone una redefinición de las relaciones entre las personas que se ven involucradas en el proceso, lo que supone un impacto en la persona que lo padece pero también en sus allegados y familiares (Fernández, 2023). Esto explicaría la gran implicación que describen los participantes de sus familiares en el proceso de diagnóstico, siendo éstos los que en muchas ocasiones, lideran dicho proceso y buscan información al respecto.

En definitiva, podemos decir que la forma en la que cada persona experimenta la enfermedad es completamente individual e intransferible, lo que se debe a que esta deriva de la confluencia entre el cuerpo vivido y el subjetivo (Ibid.). De esta forma las consecuencias de la enfermedad no sólo se viven a nivel físico, sino también a nivel de autoestima, percepción social, autoconcepto e identidad. Sin embargo, en esta confluencia tan individualizada también podemos encontrar experiencias comunes en torno a la estigmatización, escepticismo y desinformación. Dichas variables se entrelazan y articulan en los contextos académicos y familiares, condicionando la forma en la que viven y dan significado al diagnóstico.

Un objetivo central de nuestro trabajo fue analizar las implicaciones del uso de fármacos para el tratamiento del TDAH en jóvenes. Los resultados obtenidos nos permiten destacar las siguientes conclusiones sobre este punto. La decisión sobre el tratamiento propuesto suele recaer sobre los familiares de las personas diagnosticadas, o se consensua con ellos. Aunque se observa que aquellos diagnosticados a una mayor edad tienen más opción de decisión en el momento en que se proponen los tratamientos. El tratamiento recibido por la mayoría de los participantes en este estudio fue el farmacológico, siendo poco frecuentes los casos en los que se recibió tratamiento dual o tratamiento alternativo aislado. Los participantes que se han tratado a través de fármacos han utilizado principalmente estimulantes, siendo el más recetado el metilfenidato -sobre todo el de la marca Concerta, seguido de Rubifen y Medikinet-, con un único caso de anfetaminas, marca Elvanse. En nuestro estudio no hemos encontrado ningún caso en el que se consumieran fármacos no estimulantes. El elevado precio de este tipo de fármacos y su menor efectividad hace que sean menos recetados (Pons, 2019). Los tiempos de administración de la medicación varían de los dos meses hasta los dos años, exceptuando un caso significativo de ocho años. Los datos de este estudio muestran que se efectúan numerosos cambios en la medicación a lo largo del tratamiento de la persona diagnosticada, para ajustarse a cada caso y evitar posibles efectos secundarios. Las pautas de medicación son generalmente de una o dos pastillas diarias, incluyendo fines de semana, exceptuando varios casos en los que sólo se toma entre semana. En todos los casos se recibe el tratamiento durante el periodo escolar y se interrumpe en vacaciones. En ciertos casos los profesionales recomiendan tomar la medicación también en situaciones de gran dificultad, lo que lleva a ocasionalmente a la automedicación.

En cuanto a la experiencia de la medicación, la percepción es mayoritariamente negativa debido a los efectos secundarios, entre los que encontramos: mareos, insomnio, cansancio, cambios de humor, sensación de limitación, pérdidas de apetito, depresión, nervios y vómitos. Algunos autores, como Soutullo y Álvarez (2014), los califican como efectos secundarios menores y no graves, que se presentan en un 10% a 15% de las personas diagnosticadas. Sin embargo, esto no coincide con los resultados obtenidos, ya que todos los entrevistados refieren haber sufrido algún tipo de efecto secundario durante la toma de medicación, y en numerosas ocasiones, aluden a ellos con cierta gravedad. Aunque para evitar dichos efectos adversos, las dosis se suelen ir adaptando a cada caso concreto a través de cambios en la cantidad u horario de medicación. lo que en el caso de nuestra muestra se ha dado después de producirse dichos efectos, lo que ha llevado a muchos de los participantes a abandonar su toma.

No obstante, también se observan discursos positivos con respecto a la eficacia de la medicación en el ámbito académico, ya que el tratamiento farmacológico es beneficioso para la mejora del rendimiento académico y capacidad de esfuerzo (Ortega, 2015). Otros refieren que los fármacos son una ayuda necesaria, lo que puede deberse a que a raíz de la etiqueta diagnóstica, la persona construye su identidad desde la perspectiva de aquello que le falta o que se ve incapaz de hacer, de forma que el medicamento se convierte en el sustento de un funcionamiento normal (Yordi, 2013). De hecho, las pautas de medicación del TDAH se ajustan a la temporalidad escolar, lo que ha llevado a algunos autores a sugerir que la incapacidad de las instituciones educativas por proporcionar el tratamiento requerido en estos casos se suple a través de un medicamento orientado a los horarios y actividades de las personas diagnosticadas (Viñar et al., 2013). De esta forma, la industria farmacéutica se flexibiliza y crea productos adaptables a cualquier tipo de consumidor, generando la máxima rentabilidad del tratamiento para el TDAH (Ibid.).

En este contexto la familia desempeña un papel crucial, porque es la encargada de introducir al niño en la escuela, con el objetivo de que ésta cumpla su función como cadena social, representando la sociedad en la que el menor deberá integrarse en un futuro (Yordi, 2013). Ante la preocupación de que esta integración no se logre, el fármaco se presenta como una fuente de alivio para ellos.

Asimismo, la idea de que tenemos la proactividad suficiente como para tomar nuestras decisiones libremente y adaptar el mundo al estilo de vida que queremos ha influido en la actitud de los niños hacia el uso de medicamentos (Viñar et al., 2013). Ahora, estos niños se apropian del medicamento, dándole sus propios usos y sentidos (Reyes et al., 2019). Esto nos puede ayudar a explicar la automedicación observable en algunos de los casos recogidos, en los que los entrevistados se medicaban fuera de lo recetado para conseguir ciertos objetivos o atravesar ciertas situaciones. Es por ello que varios estudios aluden a la necesidad de un control exhaustivo con la medicación administrada para evitar un posible abuso o dependencia a las mismas (Soutullo, 2014).

Si bien el tratamiento farmacológico es el más extendido y respaldado por multitud de estudios e investigaciones, existe un amplio consenso en que la terapia combinada de fármacos y alternativos es la más eficaz. Esta combinación suele proporcionar mejores resultados en términos de gestión del trastorno y control evolutivo del paciente (Mulas et al., 2012). Sin embargo, la muestra no refleja esta idea de manera representativa, ya que sólo encontramos dos casos en los que se lleve a cabo un tratamiento dual.

En definitiva, la literatura empleada apoya y valida el tratamiento farmacológico con argumentos sólidos y fundamentados, pero no se corresponden con la experiencia de las personas de la muestra. En este sentido, se observan considerables discrepancias en términos de repercusión de efectos secundarios, precauciones ante la dependencia y tratamientos óptimos. Por el contrario, las únicas congruencias encontradas son las referentes al contexto académico, pudiendo observar patrones de medicación adaptados al mismo y resultados positivos en términos de rendimiento escolar y concentración. Esto nos incita a dudar sobre la efectividad de esta forma de tratamiento para el trastorno, y nos lleva a corroborar las críticas que aluden a la medicación como solución rápida aislada de las causas subyacentes del trastorno. Una solución muy influenciada por el modelo médico hegemónico y la presión social en torno a la medicación.

El último objetivo de este trabajo fue investigar la experiencia e información que tienen los jóvenes de tratamientos alternativos al farmacológico. Los resultados obtenidos indican que la mayoría no tiene conocimientos previos sobre los tratamientos alternativos al farmacológico disponibles, sólo son conocedores de aquellos que les fueron propuestos en el momento del diagnóstico, entre los que predomina el tratamiento a base de fármacos. Los que sí tenían conocimiento sobre ellos, refieren haberse enterado más tarde de lo que les gustaría. A pesar de este desconocimiento generalizado, la mayoría creen que les hubieran sido útiles o que les hubiera gustado recibirlos. Por ello, muchos expresan la necesidad de enfoques adicionales a la medicación. Aquellos que han recibido este tipo de tratamientos han sido orientados al entorno escolar, proporcionando facilidades u orientación en este sentido, y responden positivamente a su eficacia. Asimismo, los participantes han implementado técnicas para sobrellevar el trastorno fuera del ámbito profesional, entre las que destacan el deporte y las organizaciones sociales.

En función de la revisión bibliográfica realizada encontramos que la información con respecto a tratamientos alternativos es poco rigurosa o no está del todo demostrada, lo que indica la necesidad de investigaciones en profundidad en este sentido. A este respecto, algunos estudios aluden que por la manera en la que se implementan y registran las terapias, resulta más difícil realizar estudios médicos al respecto (Faraone et al., 2021). Sobre esta base, podemos dar explicación a la desinformación generalizada sobre este tipo de tratamientos en la muestra empleada, ya que si el sector profesional no está adecuadamente formado en este aspecto, resulta difícil que esta información llegue a las personas diagnosticadas y a sus familiares. Como resultado, solo el 23,6% de las personas diagnosticadas siguen este tipo de tratamientos (Pardo y Moral, 2010 citado en Calero, 2022).

Sin embargo, a pesar de que esta información no se hace efectiva, tal y como hemos podido observar, numerosos estudios indican que es determinante para proporcionar una intervención adecuada en el contexto familiar y educativo. Por un lado, la psicoeducación en los padres permite que éstos sean conscientes sobre las implicaciones del trastorno y su sintomatología, de forma que puedan entender los comportamientos de sus hijos y adaptarse a los mismos (Fernández, 2022). Por otro lado, la formación del profesorado resulta clave para que éstos puedan adaptar el aula a las necesidades del alumno (Ibid.). Según estos estudios, ambos métodos son eficaces, mostrando notables mejoras en la sintomatología ansiosa y antisocial, de conducta disruptiva y rendimiento escolar (Ibid.). De esta forma, los tratamientos alternativos disponibles se enfocan sobre todo en el rendimiento escolar y el manejo de las conductas en el aula, principalmente a través de técnicas cognitivo conductuales (Herrero et al, 2010). Teniendo esto en cuenta, Soutullo y Álvarez (2014) establecen cuál es el

procedimiento adecuado a seguir en estos casos: primero, la educación y manejo conductual, luego un apoyo académico, y finalmente, el tratamiento farmacológico.

La ausencia de terapias enfocadas en el autoconocimiento y modelaje de la conducta se manifiesta en el deseo de los participantes por conocer este tipo de tratamientos y en su reclamación de enfoques adicionales al farmacológico. Esto les lleva a procurarse técnicas alternativas por su cuenta, y fuera del ámbito profesional, a las que recurren para facilitar su gestión del trastorno. Sin embargo, hay estudios que abogan por la efectividad de este tipo de técnicas, ya que modificar los hábitos de la vida cotidiana puede reducir la persistencia de los síntomas (Pons, 2019). En este sentido, los entrevistados destacan el deporte y las organizaciones sociales. Por un lado, Pontifex et al., (2012) reconocen que el ejercicio físico puede tener consecuencias positivas en el manejo del trastorno, encontrando que los niños con TDAH pueden concentrarse mejor y mejorar su comportamiento negativo tras una sesión de ejercicio. Por otro lado, los entrevistados hacen referencia a lo beneficioso que les supone ser escuchados y entendidos en este sentido, lo que hace de las organizaciones sociales el entorno propicio para generar una red de apoyo emocional y social.

En definitiva, la gran cantidad de información sobre el tratamiento farmacológico contrasta con la desinformación en torno a tratamientos alternativos. Esto es reflejo del predominio del enfoque biomédico en el abordaje del TDAH observado en la revisión bibliográfica. La medicación es defendida por numerosos estudios, en los que se describen las bases neurobiológicas del TDAH y se legitima el uso de fármacos para su tratamiento (Warren et al., 1971). Es el modelo médico hegemónico el que establece la perspectiva desde la que se debe partir para intervenir en todo aquello relacionado con la salud (Reyes et al., 2019), lo cual conduce a la búsqueda de las causas físicas de la enfermedad y al uso de fármacos (Navarro, y García-Villamizar, 2010). Este punto de vista cuenta con un amplio consenso en la comunidad científica.

Pero pese al consenso en torno al modelo biomédico, la rapidez con la que está aumentando la prevalencia del TDAH nos lleva a plantearnos si hay un sobrediagnóstico motivado, entre otros factores, por el proceso de medicalización de la sociedad descrito por autores como Conrad (1975). La comparación de las diferentes versiones del DSM muestra que se ha producido un aumento progresivo de la franja de edad diagnóstica y una flexibilización de los criterios diagnósticos pertinentes. De esta forma, actualmente basta con que los síntomas interfieran en la calidad de la esfera social, académica u ocupacional para que pueda realizarse el diagnóstico. Por otra parte, la sintomatología que da lugar al diagnóstico del TDAH sólo supone un inconveniente en el entorno escolar, ya que es el ámbito en el que se focaliza el tratamiento. En este contexto, los tratamientos alternativos no se consideran necesarios, ya que los fármacos suplen de manera eficaz el principal inconveniente del trastorno: el modelaje de la conducta en el aula. Es por ello, que los discursos que aluden positivamente a la efectividad del tratamiento farmacológico entre los entrevistados se centran en una mejora del rendimiento académico y concentración en clase, y prácticamente, no hacen referencia a otros beneficios fuera del ámbito educacional.

Esto nos lleva a cuestionarnos si se está haciendo un uso adecuado y enfocado de los fármacos para el tratamiento del TDAH, o si, por el contrario, se está incurriendo a un abuso intencional de estos por motivos de practicidad y beneficio económico. Además, ¿es peor el remedio que la enfermedad cuando esta situación puede estar camuflando un problema más profundo y que va más allá del trastorno? Como es la rigidez y la ineficacia del sistema educativo. Desde esta perspectiva, el TDAH y su respectivo tratamiento farmacológico son

creados para que las personas diagnosticadas se adapten a un medio que no quiere adaptarse a ellos.

Para terminar, se han encontrado ciertas limitaciones con respecto a los resultados obtenidos del estudio. Principalmente éstos tienen que ver con el perfil de los entrevistados. En primer lugar, la edad de los participantes es bastante homogénea, lo que por ende, genera también cierta homogeneidad en sus experiencias y discursos. En este sentido, una muestra con edades más dispares podría enriquecer el estudio de la experiencia del TDAH. En segundo lugar, en la muestra existe un predominio de nivel educativo alto, pudiendo invisibilizar las experiencias de personas con otros niveles de educación o formación. Además, en las personas con un mayor recorrido académico es más probable que localicen su experiencia con el trastorno en este contexto. Sin embargo, esto limita el conocimiento a otras formas de experiencia desvinculadas del ámbito académico. En tercer lugar, hay ciertas variables sociodemográficas que no han sido incluidas, tales como el nivel socioeconómico o las diferencias culturales. Esto supone una limitación para el estudio porque las experiencias y desafíos de los jóvenes de diferentes niveles socioeconómicos y contextos culturales pueden variar considerablemente. Ambos pueden influir en el acceso a recursos y servicios de la salud mental, como diagnóstico, tratamiento y apoyo. Asimismo, otros factores como el entorno familiar, el acceso a la educación de calidad, el apoyo social y las experiencias de adversidad, pueden influir en la manifestación y manejo del TDAH.

Esto plantea la necesidad de estudios similares sobre la experiencia del TDAH, que recojan muestras más amplias y que analicen la influencia de otras variables relevantes. Pudiendo así identificar diferencias en las vivencias del trastorno según sexo, nivel socioeconómico, nivel educativo y contexto cultural. En este sentido, también resulta interesante recoger las experiencias y percepción de los actores implicados, como profesores, familiares y amigos, entre otros. Ya que obtener información de múltiples fuentes puede ayudar a conformar una imagen más completa y precisa de cómo el TDAH afecta a los jóvenes en diferentes contextos. Además, esta información podría compararse con los testimonios en primera persona de los jóvenes diagnosticados, para identificar similitudes y divergencias en las perspectivas y discursos.

En último lugar, el muestreo utilizado ha sido el de bola de nieve por cuestiones de accesibilidad y conveniencia. No obstante, al realizar métodos no probabilísticos, no podemos obtener una muestra aleatoria, y por lo tanto, puede no ser tan representativa de la población objeto de estudio. Es por esta razón por la que recomienda como futura línea de investigación la técnica del muestreo probabilístico, con el objetivo de averiguar si los hallazgos obtenidos serían generalizables a toda la población.

Por otro lado, sería interesante profundizar sobre los efectos y la efectividad del uso de fármacos para el tratamiento del TDAH. En concreto, investigaciones orientadas a comparar la efectividad de tratamientos farmacológicos frente a los alternativos, ya que teniendo en cuenta que la dificultad para encontrar información sobre estos últimos y el desconocimiento generalizado por parte de los participantes del estudio se ha podido indagar muy poco sobre ello. También planteamos la realización de estudios de seguimiento a largo plazo, porque pueden revelar efectos duraderos de la medicación en comparación con aquellos que no continúan con el tratamiento. De esta forma se podría evaluar de manera más exhaustiva los efectos y seguridad de la toma de fármacos para el trastorno y el impacto sobre la calidad de vida de quienes los consumen.

Finalmente, este trabajo tiene la finalidad de dar visibilidad a la experiencia de las personas con TDAH, quienes a menudo son silenciadas por el estigma y los constructos sociales en torno al trastorno. Sin embargo, consideramos esencial la realización de más intervenciones dirigidas a aumentar el conocimiento del TDAH mediante la divulgación de información y la realización de talleres y formaciones educativas. Ya que la difusión de información promueve un mayor grado de aceptación social y fomenta la innovación en los tratamientos, permitiendo así el desarrollo de enfoques más adecuados y personalizados

## **7. Referencias bibliográficas.**

- Álvarez de Godos, M & Ferreira, C. (2021). El impacto socioeducativo y socioemocional del TDAH: historias de vida de estudiantes universitarios. *Siglo Cero*, 53, pp. 137-157. Disponible en: <https://doi.org/10.14201/scero2022531137157>.
- American Psychological Association [APA]. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (2ª edición).
- American Psychological Association [APA]. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (3ª edición).
- American Psychological Association [APA]. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (4ª edición).
- American Psychological Association [APA]. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5ª edición).
- American Psychological Association [APA]. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (6ª edición).
- American Psychological Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (7ª edición).
- Balbuena, F. (2016): “La elevada prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas”, *Psicología Educativa*, 22(2), pp. 81-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pse.2015.12.002>
- BDCAP. (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria*. Recuperado de la base de datos del BDCAP.
- Barceló, M. (2016). *Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) en niños. Problematizando supuestos* [Trabajo de fin de grado]. Universidad de la República de Uruguay).
- Barrera, T. (2023). Intersecciones entre TDAH y género. Una aproximación etnográfica a una escuela rural de la comuna de Linares [Trabajo de fin de Grado]. Universidad de Chile.
- Blandón, C.R., Murillo, J., & Zuluaga, I.C. (2014). *TDAH desde “adentro”. Vivencias subjetivas de los niños diagnosticados con TDAH en los ambientes familiar y escolar* [Trabajo de fin de grado]. Institución universitaria de Envigado.
- Calero, M. (2022). *Tratamientos psicológicos alternativos a la medicación en TDAH* [Trabajo de fin de grado]. Universidad Pontificia de Comillas.
- Carriedo, A. (2014). Beneficios de la Educación Física en alumnos diagnosticados con Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH). *Journal of Sport and Health Research*, 6(1), pp. 47-60.

Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez, A., Página, M.J., Ridao, M., Macías, D., Catalá, M.A., Tabarés-Seisdedos, R., & Moher, D. (2017) El tratamiento farmacológico y no farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes: una revisión sistemática con metanálisis en red de ensayos aleatorios. *MÁS UNO*, 12(7). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180355>.

Cederlof, M., Ohlsson, A., Larsson, H., Serlachius, E., Boman, M., Langstrom, N., Landem, M & Lichtenstein, P. (2014). *Klinefelter syndrome and risk of psychosis, autism and ADHD*. *J Psychiatr Res*, 48, pp. 128-130.

Child Mind Institute. (18 de abril de 2024). Guía completa sobre los medicamentos para el TDAH. Recuperado de: <https://childmind.org/es/guia/guia-para-padres-sobre-los-medicamentos-para-el-tdah/#:~:text=Los%20estimulantes%20son%20el%20mejor.%2C%20Vyvanse%20y%20otras%20f%C3%B3rmulas>).

Conrad, P. (1975). The discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Social problems*, 23 (1), pp. 12-21. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/799624>.

Conrad, P., & Schneider, J (1981). *Deviance and Medicalization: From Badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.

Conrad, P (1992). *Medicalization and Social Control*. *Annual Reviews*, 1992, 18, pp. 209-232.

Conrad, P. (2007). The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders. *Sociology of health and Illness*, 31(1), pp. 147-148. Disponible en: [https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01145\\_1.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01145_1.x)

Corea, C., & Lewkowicz, I. (1999). *¿Se acabó la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez*. Lumen Humanitas.

Escrache, E. (2018): “Hemos hecho del TDAH una epidemia”. UOC News, 28 de marzo. Disponible en: <https://www.uoc.edu/portal/es/news/actualitat/2018/073-tdah-epidemia.html> [Consulta: 5-01-2024]

Faraone, S., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove., Newcorn, J.H., Gignac, M., Al Saud, N.M., Manor, I., Rohde, L.A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M.A., Albatti, T.H., Aljoudi, H., Algahtani, M.M.J., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based Conclusions about the Disorder. *National Center for Biotechnology Information*, 128, pp. 789-818. Disponible en: [10.1016/j.neubiorev.2021.01.022](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022).

Fernández, D. (2023). Experiencia de la cronicidad y estrategias de afrontamiento de la enfermedad. En *Psicosociología de la Salud*. Universidad Complutense de Madrid.

Fernández, S.J. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de psicología*, 42(1), pp. 19-33.

Herrero, M.J., Hierro, R. S., Jiménez, P. J., y Casas, A. M. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Psicothema*, 22(4), pp. 778-783.

Jarque, S. (2012). “Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)”, *Anuario de Psicología*, 42, pp.19-33.

Jiménez, M., López, M., & Guerrero, D. (2010). Relación entre experiencia óptima percibida y renacimiento académico según la presencia de TDAH. *Revista Mexicana de Psicología*, 27, pp. 15-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016325002>.

Joselevich, E., Bernaldo de Quirós., Giusti, E., Heydl, P., Michaine, C., Soprano, A.M., y Vainer, V. (2006). Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. A.D./H.D. en niños, adolescentes y adultos. Argentina: Paidós.

Martín, F. M. (2023). La entrevista. En *DISEÑOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA SOCIAL* (pp. 35-49). Universidad Complutense de Madrid.

Martínez-Martín, N., Albaladejo, E.F., Espín, J.C., Güerre, M.J., Sánchez-García, J., & Jiménez, J.L. (2015). Etiología y patogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista Española de Pediatría*, 71(2), pp. 62-68.

Ministerio de Sanidad. (2024). *Datos de consumo de recetas médicas del SNS según clasificación Anatómica-Terapéutica-Química (ATC)*. Recuperado de la base de datos del Ministerio de Sanidad.

Mulas, F., Gandía, R., Roca, P., Etchepareborda, M.C., & Abad, L. (2012). Actualización farmacológica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: modelos de intervención y nuevos fármacos. *Revista de Neurología*, 54(3), pp. 41-53. Disponible en: [10.33588/rn.54S03.2012243](https://doi.org/10.33588/rn.54S03.2012243).

Navarro, M.I & García-Villamizar, D.A. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de historia de la psicología*, 31(4), pp. 23-36.

Ñañez, N., Duque, N., & Yelitza, M: *Sobrediagnóstico en el Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad (TDAH)*. Revisión bibliográfica. Universidad Católica de Pereira. Pereira. Disponible en: <https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/5559/1/DDMEPCEPNA117.pdf> [Consulta: 5-01-20].

Orjales, I. (1999). *Déficit de Atención con Hiperactividad. “Manual para padres y educadores”*. Madrid: CEPE.

Ortega, S. (2015). Tratamiento Farmacológico en Adolescentes con TDAH. Fundación CADAH. Recuperado a 24 de mayo de 2024 de: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/mitos-del-tratamiento-farmacologico-en-el-tda-h-.html>.

Pons, M.C. (2019): *Comparación de terapias farmacológicas y terapias alternativas en niños con TDAH*, Universitat de les Illes Balears, Islas Baleares. Disponible en:

[https://repositori.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150344/Pons\\_Tomas\\_MariaCristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositori.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150344/Pons_Tomas_MariaCristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Consulta: 5-01-20].

Pontifex, M.B., Saliba, B.J., Raine, L.B., Picchietti, D.L., & Hillman, C.H. (2012). Exercise improves behavioral, neurocognitive, and scholastic performance in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Pediatrics*, 162(3), pp. 543-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.08.036>.

Ramos, C. (2016). La cara oculta del TDAH. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 6(1), pp. 226-253.

Rendón, M.P. (2019). *Repercusiones del déficit de atención e hiperactividad en las habilidades sociales en un grupo de adultos de la ciudad de Medellín* [Trabajo de fin de grado]. Universidad Eafit.

Resett, S. (2021). Relación entre la atención y el rendimiento escolar en niños y adolescentes. *Revista Costarricense de Psicología*, 40(1), 3-22. Disponible en: <https://doi.org/10.22544/rcps.v40i01.01>

Reyes, P., Cottet, P., Jimenez, A., & Jauregui, G. (2019). Repensando la medicalización: posiciones discursivas de niños y sus cuidadores sobre el diagnóstico y tratamiento del TDAH en Chile. *Saúde Doc*, 28(1), pp. 40-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019181141>.

Roso, A. (2019). Towards a rhizomatic perspective of the medicalized body? A review on medicalization and Gender. *Methaodos*, 7(2), pp. 184-197.

Rusca, F., & Cortez, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuropsiquiatría*, 83(3), pp. 148-156. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>.

Saiz, L.C. (2018). Psicoestimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), pp. 301-330.

Soutullo, C., & Álvarez, M.J. (2014). Tratamiento farmacológico del TDAH basado en la evidencia. *Pediatría Integral*, 18(9), pp. 634-642.

Soutullo, C. (2014). Mitos del tratamiento farmacológico en el TDAH. Fundación CADAH. Recuperado el 24 de mayo de 2024 de: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/mitos-del-tratamiento-farmacologico-en-el-tda-h-.html>.

Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M.H., Mundy, E., & Faraone, S.V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *National Center for Biotechnology Information*, 39(11), pp. 1432-1437. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00004583-200011000-00018>.

Tajfel, H. (1981). *Human Groups and Social Categories: Studies in Social Psychology*. Cambridge University Press.

Thorne, B. (1993). *Gender Play: Girls and Boys in School*. Rutgers University Press.

Vega Godoy, A. (2009). Integración de alumnos con necesidades educativas especiales: ¿Existe coherencia entre el discurso y las prácticas pedagógicas ejercidas por los profesores básicos? *Estudios Pedagógicos*, 35(2), pp. 189-202.

Viñar, M., Kahansky, E., Silver, R., Affonso-Maysés, M., Aparecida, M., Angelucci, C.B., Bianchi, E., Caraffa, R.C., Filidoro, N., Harf, R., Korinfelg, D., Kuitca, R., Azevedo, C., Vain, P., Vasen, J., Terzaghi, M., Stolkiner, A., Dueñas, G., Volnovich, J.,... Villani, A.L. (2013). *La patologización de la infancia (III); Problemas e intervenciones en las aulas*. Buenos aires: Noveduc.

Warren, R.J., Karduck, W.A., Bussaratid, S., Stewart, M.A., & Sly, W.S. (1971). The hyperactive child syndrome. Normal chromosome findings. *Archives of General Psychiatry*, 24(2), pp. 161-162.

Yordi, A. (2013). *Sobre la medicalización en la infancia. Los niños con Trastorno con déficit de Atención e Hiperactividad y el Metilfenidato* [Trabajo de fin de grado]. Universidad de la República de Uruguay.

## **ANEXOS**

## Anexo 1: Guión de entrevista semiestructurada

Hola, buenos días! Vas a participar en una entrevista para una investigación sobre el tratamiento farmacológico en el TDAH. Para ello, a continuación te haré una serie de preguntas y grabaré la conversación tal y como aparece en el consentimiento informado, ¿sí?. Bien, pues entonces empezamos.

Preguntas sociodemográficas:

- Edad:
- Sexo:
- Nacionalidad:
- ¿Cual es tu nivel de estudios?:
- ¿Trabajas o has trabajado?:

Preguntas temáticas:

1. ¿Cuándo fuiste diagnosticado? ¿De qué manera?
2. ¿Por qué buscaste ayuda? ¿Crees que te afectaba/afecta de alguna manera a tu vida cotidiana?
3. ¿Cómo encajaste el diagnóstico? ¿Y tu familia?
4. ¿Se planteó como primera opción el tratamiento farmacológico? ¿Se plantearon otras opciones de tratamiento?
5. ¿Cuanto tiempo tomaste la medicación? ¿Desde cuando te medicas?
6. ¿Qué tipo de medicamento era? ¿Te acuerdas del nombre?
7. ¿Cada cuánto o en qué situaciones tomas la medicación?
8. Si ya no te medicas, ¿por qué cesó tu tratamiento?
9. ¿Cual es tu experiencia con la medicación? En cuanto a efectos secundarios, rendimiento... Haciendo balance, ¿crees que ha tenido un efecto más positivo o negativo en tu manejo o gestión de la enfermedad?
10. ¿Has realizado algún tratamiento adicional? Tales como la terapia cognitivo-conductual, grupos de apoyo, neurofeedback... ¿Te ha servido en tu manejo o gestión de la enfermedad?
11. En caso de no haber realizado ningún tratamiento adicional. ¿Te hubiera gustado? ¿Crees que te hubiera servido?
12. ¿Sabías de la existencia de tratamientos alternativos al farmacológico antes de esta entrevista?

13. En definitiva, ¿Crees que con el tratamiento farmacológico te ha sido suficiente para sobrellevar los efectos del TDAH en tu vida diaria?
14. ¿Has implementado alguna otra técnica complementaria para sobrellevarla? Tales como alguna estrategia de organización, ejercicio físico, meditación, anticipar a tu alrededor sobre el trastorno...
15. ¿Quieres añadir algo más?

Bueno, pues muchas gracias por tu colaboración, nos vemos pronto!

## **Anexo 2: Modelo de consentimiento informado**

### **Declaración de consentimiento informado**

D. /Dña. ...., de ..... años de edad y con DNI nº .....

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones.

He sido también informado/a de que mis datos personales e información revelada en la entrevista serán únicamente utilizados en favor de este proyecto en concreto y de forma anónima. Al igual que se seguirán los mismos criterios con la grabación de la misma.

Tomando ello en consideración, presto libremente mi conformidad para participar en el TFM titulado “¿Es peor el remedio que la enfermedad? El uso/abuso de los fármacos para el tratamiento del TDAH”. Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto .

Nombre investigador: Alicia Romero Frías

Firma del investigador:

Firma del voluntario:

Madrid, a     de                   de 2024