

MÁS ARISTÓTELES Y MENOS CONCERTA®:  
MITOS Y REALIDADES DEL TDAH



# **Marino Pérez Álvarez**

# **MÁS ARISTÓTELES Y**

# **MENOS CONCERTA®**

© Marino Pérez Álvarez, 2018

© Prólogo a la segunda edición: Marino Pérez Álvarez, 2026

Corrección: Marta Beltrán Bahón

Derechos reservados para todas las ediciones en castellano

© Ned Ediciones, 2026

Primera edición: octubre, 2018

Segunda edición: febrero, 2026

Preimpresión: Moelmo SCP

[www.moelmo.com](http://www.moelmo.com)

ISBN: 979-13-87967-25-3

Depósito Legal: B 2944-2026

Impreso en Podiprint

*Printed in Spain*

La reproducción total o parcial de esta obra sin el consentimiento expreso de los titulares del *copyright* está prohibida al amparo de la legislación vigente.

**Ned Ediciones**

[www.nedediciones.com](http://www.nedediciones.com)

# ÍNDICE

|                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Prólogo a la segunda edición.</b> .....                                                                                  | ix  |
| <b>Planteamiento de la cuestión</b> .....                                                                                   | 9   |
| <b>Parte 1. La insostenibilidad del TDAH como entidad clínica.</b> .....                                                    | 17  |
| 1.1. Cómo hacer diagnóstico sin pruebas:<br>con razonamientos tautológicos .....                                            | 19  |
| 1.2. Cómo hacer que parezca genético sin evidencias:<br>con ambigüedades .....                                              | 34  |
| 1.3. Cómo hacer de correlatos y correlaciones causas:<br>llamándolos bases .....                                            | 43  |
| 1.4. Cómo hacer que problemas actuales parezcan<br>de siempre: con diagnósticos retrospectivos<br>descontextualizados ..... | 64  |
| Conclusiones: más retórica y metafísica que ciencia .....                                                                   | 75  |
| <b>Parte 2. Metaciencia del TDAH: las cuatro causas de Aristóteles.</b> .....                                               | 83  |
| 2.1. Causas sin revelación ni rebeldía, revisando<br>aplicaciones anteriores .....                                          | 90  |
| 2.2. Rebelión con causas: desenmascarando<br>el entramado del TDAH .....                                                    | 99  |
| 2.2.1. Causa material: conductas molestas<br>entresacadas de un modo de ser .....                                           | 100 |

|                                                                                                    |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.2.2. Causa formal: un «idioma cultural» que<br>moldea el entendimiento .....                     | 118        |
| 2.2.3. Causa eficiente: los clínicos como artífices<br>y factores de riesgo.....                   | 124        |
| 2.2.4. Causa final: la armonización de diversos<br>intereses .....                                 | 134        |
| Conclusiones: rebeldía con causas .....                                                            | 139        |
| <b>Parte 3. Cómo volver a la normalidad.....</b>                                                   | <b>145</b> |
| 3.1. Planteamiento de la cuestión en doce puntos.....                                              | 149        |
| 3.2. Lecciones del estudio más largo llevado hasta ahora:<br>el MTA.....                           | 156        |
| 3.3. Ayudas centradas en el niño: las que funcionan<br>y las que no funcionan.....                 | 162        |
| 3.4. Ayudas sin necesidad de diagnóstico: implicando<br>a los padres .....                         | 192        |
| 3.5. Entrenamiento de padres y profesores en principios<br>conductuales: el gran experimento ..... | 207        |
| Conclusiones: posible pero improbable vuelta<br>a la normalidad .....                              | 217        |
| <b>Conclusiones generales.....</b>                                                                 | <b>219</b> |
| <b>Referencias.....</b>                                                                            | <b>227</b> |
| <b>Índice onomástico y temático.....</b>                                                           | <b>251</b> |

## PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN

Desde la década de 1980, cuando yo trabajaba como psicólogo clínico y escolar y era profesor de la asignatura Dificultades del Aprendizaje de la Universidad de Oviedo, las controversias sobre el TDAH no han cesado. Esto significa dos cosas. Por un lado, que el dichoso TDAH persiste a pesar de las críticas y, por otro, que la insistencia en estas sigue siendo tanto más necesaria en vista de su expansión. Habida cuenta que, como diré, no hay nada nuevo que obligue a deponer las críticas.

### Una rebeldía con causa

Recuerdo cómo, en aquellos años, el flamante diagnóstico de TDAH comenzaba a abrirse camino y a instalarse progresivamente en las instituciones clínicas y educativas. Su consagración oficial había tenido lugar en 1980, con la publicación de la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría*, el DSM-III. Desde entonces, tanto el manual como el propio TDAH no han dejado de revisarse y expandirse. El TDAH venía ligado al Ritalin, su tratamiento farmacológico a base de metilfenidato, un estimulante; o quizá más bien debería decirse que era el diagnóstico el que venía de la mano de la medicina, pues es conocida la influencia de la industria farmacéutica en el giro biomédico del DSM-III. Aunque el metilfenidato

sigue siendo hoy el tratamiento más habitual, las marcas que lo comercializan han cambiado, y nombres como Concerta han pasado a ocupar el lugar que tenía el Ritalin.

Antes de la consolidación del TDAH como categoría diagnóstica, existían diversas denominaciones para dar cuenta de un conjunto impreciso de conductas infantiles consideradas problemáticas. Estas categorías previas permiten reconocer los supuestos teóricos y los prejuicios dominantes de la época. Así, se hablaba, de «daño cerebral». Puesto que tal daño cerebral no se constataba —por más que se suponía—, el discurso médico viró hacia a la fórmula vaga de «disfunción cerebral mínima». Este término llegó a convertirse en moneda corriente tanto en el ámbito escolar como en el clínico, empleado sin especial cuestionamiento por psicólogos, pedagogos y docentes. Recuerdo como teníamos que lidiar a diario con la «disfunción cerebral mínima», que se transformó en *trending topic* en los centros escolares.

A partir del DSM-III y sus sucesivas revisiones acabaría por imponerse la actual denominación de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Bajo una apariencia más descriptiva y neutral, esta formulación hereda, sin embargo, el mismo sesgo explicativo de base neurológica, reforzado por su inclusión entre los llamados «trastornos del neurodesarrollo» en el texto revisado del DSM-5 en 2022: DSM-5-TR.

Para psicólogos clínicos y escolares como yo, formados en la modificación de conducta, los problemas que se diagnosticaban y cosificaban como TDAH se presentaban como problemas comportamentales —no cerebrales— que tenían que ver con una particular historia de aprendizaje —o en su caso falta

de aprendizaje—, así como con unos contextos familiar y escolar que son incapaces de dar respuestas adecuadas a las conductas problemáticas que tienen lugar. Para nosotros, las ayudas consistían básicamente en hablar con los profesores y padres e instruirlos en cambios contextuales y nuevas formas de interacción con miras a desarrollar conductas deseables, disminuir las problemáticas y mejorar el rendimiento escolar del estudiante, así como entablar una conversación con este y proponerle cambios que fomentasen la mejora escolar y el autocontrol. Ni que decir tiene que nada de esto es milagroso. Al principio, estas ayudas no siempre parecían obvias a los padres y profesores. Recuerdo, por ejemplo, la complicidad con un alumno para cambiar a su profesor en vista de las dificultades de este último para modificar el comportamiento del propio alumno (Pérez-Álvarez, 1993), citada en la introducción de este libro. Como muestran estudios actuales, citados en este caso en el capítulo 3 (sección 5), la modificación de conducta puede ser una ayuda bien recibida, eficaz y sin efectos secundarios.

Ya como profesor universitario a tiempo completo, y en vista del auge del TDAH y los «ritalines» de turno, una «segunda salida» quijotesca contra los usos y abusos del TDAH sin que nada nuevo justificara su expansión dio lugar por mi parte a la publicación de dos libros: *Volviendo a la normalidad: la invención del TDAH y del trastorno bipolar* (que escribí junto con Fernando García de Vinuesa y Héctor González Pardo) en 2014 y *Más Aristóteles y menos Concerta: mitos y realidades del TDAH*, libro que publiqué en 2018 pero cuya actualidad—así pretendo demostrar con estas líneas— sigue siendo vigente.

Las presentaciones que se organizaron en torno a estos libros, así como las entrevistas en los medios, participación en debates y las múltiples conferencias y congresos a los que fui invitado, muestran el interés y necesidad de un debate sobre la cuestión del TDAH que vaya más allá de la hegemonía biomédica que siempre aboca al diagnóstico y la medicación. Una tal hegemonía parece imponer un pensamiento único y acallar posiciones críticas y alternativas al extremo incluso de cancelar una conferencia mía en 2019, programada dentro de las Jornadas sobre Infancia y Adolescencia que organizaba la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental a celebrar en el Hospital Comarcal de la Axarquía en Vélez-Málaga (Redacción Médica, 2019). Las Jornadas no se celebraron por decisión de sus organizadores en protesta por la cancelación, y Colegios de Psicólogos, Academia de Psicología de España, asociaciones profesionales, amén de psicólogos y psiquiatras, se posicionaron también en contra.

Gracias al cuestionamiento de la opinión establecida que llevaron a cabo estos debates y libros, se me hicieron patentes las cuatro observaciones que desarrollaré a continuación.

## **Cuatro observaciones inquietantes**

En primer lugar, pude constatar la autocensura a la que se ven obligados muchos docentes alarmados ante el aumento de escolares diagnosticados y medicados, como también ocurre en la universidad. No sería yo el único profesor universitario en quedar sorprendido por estudiantes que, pese a demostrar una

perfecta atención en clase, exhibían un diagnóstico oficial de TDAH llegados los exámenes, con miras a disponer de más tiempo para su realización.

En segundo, también he podido comprobar, a través de los numerosos correos electrónicos que todavía sigo recibiendo, el abandono y la soledad en que se encuentran muchos padres que no desean diagnosticar ni medicar a sus hijos, aun reconociendo la existencia de dificultades reales y la necesidad de apoyos. Estos padres se ven a menudo sometidos a una intensa presión por parte de los centros escolares y de otros padres para que acepten el diagnóstico y el tratamiento farmacológico. A diferencia de las familias favorables al diagnóstico y la medicación, que suelen estar organizadas en asociaciones —tradicionalmente respaldadas por la industria farmacéutica—, quienes se oponen a esta vía se ven obligados a arreglárselas por su cuenta, con frecuencia a contracorriente. No es raro que entren en conflicto con los centros educativos o, incluso, que el desacuerdo atravesase el ámbito familiar, enfrentando al padre y a la madre según su posición respecto al diagnóstico y la medicación, disputas que no pocas veces acaban trasladándose a los tribunales. Un abogado de parte de la causa contra el diagnóstico y la medicación, debidamente documentado acerca de la ciencia y evidencia que sustenta el TDAH —en realidad no sustenta— podría desmontar el tinglado cientificista sobre el que este se erige, quizá a la postre un argumento más eficaz que el académico de los libros.

Asimismo, pude observar con asombro la reivindicación del diagnóstico y la medicación por parte de los padres —frente a alternativas no patológicas—, que es tanto como preferir

para sus hijos la etiqueta estigmatizante de «trastorno mental» en vez de enfrentar toda la complejidad de ciertas conductas problemáticas sin caer en una patologización gratuita y fácil. Sabido es que un problema no es una enfermedad. Asociada a esa preferencia del diagnóstico está la animadversión —y la cancelación— hacia quienes lo discutimos y en su lugar afirmamos que el cerebro de sus hijos está perfectamente sano. Lo que necesitan padres e hijos es apoyo, y mejor sería que este no fuera a costa de un diagnóstico psiquiátrico. A veces es más difícil recuperarse del diagnóstico mismo que del problema por el que uno fue diagnosticado. Así, ahora, en Suecia, se están promoviendo servicios para el des-diagnóstico (Bowie, 2025).

Por último, puede observar que la cuestión decisiva que siempre surgía en los debates y entrevistas era —y es— la pregunta del millón: ¿existe o no existe el TDAH? Mi respuesta: *existe, la cuestión está en qué es lo que existe*. Lo que existe es un *constructo*: una construcción teórica que pretende abordar un problema ayudándose de una categoría clínica que se ha institucionalizado y sirve a una variedad de intereses. Lo que no existe es el TDAH como *entidad clínica*: un trastorno del neurodesarrollo de origen genético y base neuroquímica definido por unos síntomas específicos que conforman un síndrome determinado. Nada de esto existe. Lo que existe, por el contrario, es una *etiqueta paraguas* que cubre una variedad de conductas que, por sí mismas, no son problemáticas —y mucho menos «síntomas»— y si son problemáticas siempre lo son en relación con situaciones y contextos. Siendo así, ¿cómo no puede ver esto todo el mundo?