

Consenso de Profesionales del Area de la Salud sobre el llamado “Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad”

Los abajo firmantes, profesionales del campo de la psicología, la psiquiatría, la neurología, la pediatría, la medicina familiar, la psicopedagogía y la psicomotricidad, queremos hacer llegar al Ministerio de Sanidad y a las correspondientes Consejerías de cada Comunidad Autónoma, por consenso, la siguiente solicitud:

Asistimos en nuestra época a una multiplicidad de "diagnósticos" psicopatológicos que simplifican las determinaciones de los trastornos infantiles y regresan a una concepción reduccionista de las problemáticas en Salud Mental Infanto-Juvenil y de su tratamiento. Esta concepción utiliza de modo singularmente inadecuado los avances en el terreno de las neurociencias para derivar de estos un biologismo extremo que no da valor alguno a la complejidad de los procesos subjetivos del ser humano. Procediendo de manera sumaria, esquemática y carente de verdadero rigor científico se hacen diagnósticos y hasta se postulan nuevos cuadros a partir de observaciones y de agrupaciones arbitrarias de rasgos, a menudo basadas en nociones antiguas y confusas. Es el caso del llamado síndrome de “Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad” (TDAH) (Lasa Zulueta, 2001; Cáceres, L., 2000; Misés, R, 2004; Golse, B, Armstrong, Th, 2000; Morin, E., 1994; Fourneret, P., 2004; Dillar 2002; Feinstein 2004; Tizón J. 2007; Jensen Mrazek 2009).

Este diagnóstico se realiza generalmente en base a cuestionarios administrados a padres y/o maestros y el tratamiento que se suele indicar es: medicación y modificación conductual. En un importante número de casos se ha observado en el Estado español que también se incluye como batería diagnóstica la lectura de ondas electroencefalográficas así como cartografías cerebrales a la que se le adjudica un alto grado de especificidad en el diagnóstico como método complementario que aporta un dato inequívoco del diagnóstico del TDAH.

El resultado es que los niños son medicados desde edades muy tempranas, con una medicación que no cura (se les administra de acuerdo a una situación, por ejemplo, para ir a la escuela) y que en muchos casos disimula sintomatología grave que se manifestará en un futuro o encubre deterioros que se profundizan a lo largo de la vida. Asistimos en la actualidad a una

serie de intervenciones terapéuticas que basándose en una perspectiva no farmacológica promueven intervenir sobre la conducción cerebral (ondas) como tratamiento específico del síndrome (Neurofeedback). Intervenciones en este sentido incurren en las mismas falencias que los anteriores.

En otros casos, ejerce una pseudo regulación de la conducta sin ejercer modificaciones reales sobre las motivaciones que podrían regular posibles brotes futuros, dado que tanto la medicación así como intervenciones no farmacológicas como la "modificación conductual" tienden a acallar los síntomas, sin preguntarse qué es lo que los determina ni en qué contexto se dan. Y así, pueden intentar frenar las manifestaciones del niño sin cambiar nada del entorno y sin el estudio pormenorizado de la estructuración del psiquismo del niño, de sus angustias y temores. (Bleichmar S, 1998; Gaillard, 2004; Levin, E, 2004; Lasa Zulueta, 2001; Tizón J 2007, Jensen & Mrazek 2009; San José J & Nadal D 2002; Feinstein 2004; Massei H 2005)

Es decir, lo primero que se hace es diagnosticarlo de un modo invalidante, con un "déficit" de por vida, luego se lo medica o se interviene terapéuticamente sobre la materialidad eléctrica del cerebro y se intenta modificar su conducta.

Así, se marca, reduciendo la complejidad de la vida psíquica infantil a un paradigma simplificador. En lugar de un psiquismo en estructuración, en crecimiento continuo, en el que el conflicto es fundante y en el que todo efecto es complejo, se supone, exclusivamente, un "déficit" neurológico (Berger, M, 2005; Janin, B, 2004; Rodolfo, R, 1992; Breeding J, 1996; Tizón J 2007; Jensen 2009).

Nos hemos encontrado con niños en los que se diagnostica TDAH cuando presentan cuadros psicóticos, otros que están en proceso de duelo o han sufrido cambios sucesivos (adopciones, migraciones, etc.) o es habitual también este diagnóstico en niños que han sido víctimas de episodios de violencia, abuso sexual incluido (Bleichmar, S., 1998; Touati, B, 2003; Janin, B, 2004; Tizón J, 2007).

A la vez, los medios de comunicación hablan del tema casi como si se tratara de una suerte de epidemia, divulgando sus características y los modos de detección y tratamiento. Se banaliza así tanto el modo de diagnosticar como el recurso de la medicación. En el límite, cualquier niño, por el mero hecho de ser niño y por tanto inquieto, explorador y movedizo, se vuelve sospechoso de padecer un déficit de atención, aún cuando muchísimos de esos niños exhiben

una perfecta capacidad de concentración cuando se trata de algo que les interesa enérgicamente (Armstrong, 2000).

Sabemos que los problemas de aprendizaje suelen ser motivo de consulta muy frecuentemente y que complican la vida del niño en tanto que lo muestran como fracasado allí donde se expone a la mirada social. El "no atiende en clase" aparece como una queja reiterada de los adultos, que engloban con esa frase gran parte de las dificultades escolares.

Hay escuelas de educación primaria en las que una cantidad alarmante de alumnos está medicada por TDAH, sin que se formulen preguntas acerca de las dificultades que presentan los adultos de la escuela para contener, transmitir, educar... ni acerca del tipo de estimulación a la que están sujetos esos niños dentro y fuera de la escuela. Es decir, se supone que el niño es el único actor en el proceso de aprender (Frizzera, O, Heuser, C, 2004; Untoiglich, G, 2004; Kremenchuzky J, 2004).

Pensamos que los niños que no pueden sostener la atención en todo lo relacionado con la escuela, que no permanecen sentados en clase o que están abstraídos, como "en otro planeta", expresan a través de estas conductas diferentes conflictivas (Bergés, J, 1990; Janin, B, 2004).

En una época en que los adultos están en crisis, este tipo de tratamiento pasa por alto la incidencia del contexto, a pesar de las investigaciones que demuestran la importancia del ámbito en el que el niño se desenvuelve (Armstrong Th, 2000; Duché, D, 1996; Berger, M., 2005; Jensen et al, 1997; Harrison, Ch, 2002; Berenstein I & Puget 2008).

En tanto el ser humano es producto de una historia y un entorno, imposible de ser pensado de forma aislada, tenemos que pensar también en qué situaciones, en qué momento y con quiénes se da este funcionamiento. La familia, fundamentalmente, pero también la escuela, son instituciones que inciden en esa constitución. Instituciones marcadas a su vez por la sociedad a la que pertenecen (Armstrong Th, 2000; Winnicott D, 1971; Massie, H.y Rosenthal, J, 1986; Shore, A N, 1994; Bick, E, 1968; Rojas, M.C., 2004; Bleichmar S, 1986; Castoriadis 1997; Lewkowicz 2004).

¿Los niños desatentos e hiperactivos dan cuenta de algo de lo que ocurre en nuestros días? Padres desbordados, padres deprimidos, docentes desbordados por las exigencias, un medio en el que la palabra ha ido perdiendo valor y con normas que suelen ser confusas, ¿incidirán

en la dificultad para atender en clase? (Duché, D, 1996; Fernández, A, 2000; Golse, B., 2003; Fourneret, P, 2004; Jensen, PS, 1997).

Tampoco se ha tomado en cuenta la gran contradicción que se genera entre los estímulos de tiempos breves y rápidos a los que los niños se van habituando desde temprano con la televisión y el ordenador, donde los mensajes suelen durar unos pocos segundos, y donde predomina lo visual, y los tiempos más largos de la enseñanza escolar centrada en la lectura y la escritura a los que el niño no está para nada habituado (Golse, B, 2001; Jensen, PS, 1997; Armstrong Th, 2000; Diller L, 2001).

Por todo esto es totalmente inadecuado desde el punto de vista de la salud pública unificar en un diagnóstico a todos los niños desatentos y/o inquietos sin una investigación clínica pormenorizada.

Así, en las escuelas hay niños desatentos que se quedan quietos y desconectados, otros que se mueven permanentemente, algunos que juegan en clase, otros que reaccionan inmediatamente a cada estímulo sin darse tiempo a pensar... Un niño que no atiende, que se mueve desordenadamente, generalmente atiende de otro modo y a otras cuestiones diferentes a lo esperable. Y no puede ser englobado en una entidad nosográfica única (Janin, B, 2000a, 2002, Berger, M, 2005; Flavigny, Ch, 2004; Duché, D, 2001; Tustin, 1981; Bleichmar, S, 1998).

No desconocemos la importancia de los trastornos neurológicos, de los desarrollos actuales en neurología y del recurso de la medicación como privilegiado en ciertas patologías. Pero consideramos que en este caso se atribuyen a un déficit neurológico no comprobable problemas muy diferentes (Benasayag, L, 2002; Tallis, 2004; Rodulfo, M, 2005; Solter A, 1998).

Hay consenso en la comunidad científica que lo que se denomina TDAH refleja situaciones complejas, ligadas a diferentes patologías. Sin embargo, esto suele no ser tomado en cuenta (Lasa Zulueta, 2002; Benasayag, L, 2002; Cáceres, L, 2000; Valentin, E, 1996; Daumerie, N, 2004; Gibello, B, 2004; Warren, 1997, Gaillard, 2004).

Pensamos entonces que se agrupan con ese nombre múltiples expresiones del sufrimiento infantil que merecen ser consideradas en su singularidad y tratadas teniendo en cuenta su multideterminación.

Es decir, la diferencia se da entre pensar que:

- a) Una manifestación implica un cuadro psicopatológico y una causa orgánica y que de ahí se deriva un tratamiento o que
- b) Una manifestación puede ser efecto de múltiples y complejas causas y que hay que descubrir cuáles son y por consiguiente, cuál es el tratamiento más adecuado.

También hay oposición entre la idea de que el diagnóstico puede ser hecho por padres y/o maestros a partir de cuestionarios (como si fueran observadores no implicados), y el sostener que todo observador está comprometido en lo que observa, forma parte de la observación y que los padres y los maestros están absolutamente implicados en la problemática del niño, por lo que no pueden ser nunca "objetivos". (Ya a comienzos del siglo XX el físico Heisenberg planteó que el observador forma parte del sistema). A la vez el cuestionario utilizado habitualmente está cargado de términos vagos e imprecisos (por ejemplo, lo que es "inquieto" para alguien puede no serlo para otro). Esto último lleva a pensar que es imposible realizar un diagnóstico de un modo rápido y sin tener en cuenta la producción del niño en las entrevistas (Cramond, 1995; Duché, 1996; Calmels, D, 2003; Tallis, J, 2004; Farré Riba, 2000).

Desde nuestra perspectiva, nos encontramos con un niño que sufre, que presenta dificultades, que esas dificultades obstaculizan el aprendizaje y que debemos investigar lo que le ocurre para poder ayudarlo.

Es importante también destacar que muchas veces lo que se considera no es tanto este sufrimiento sino la perturbación que la conducta del niño causa en el medio ambiente, por lo cual la medicación funciona como un intento de aplacar a un niño que se "porta mal" (Levin, 2003; Keirse, 1998).

Aún cuando los medios científicos hablan de las contraindicaciones de las diferentes medicaciones que se utilizan en estos casos, (Carey, W, 1998, 1999, 2000, 2001; Diller, L, 2003) llama la atención la insistencia con la que los medios publicitan el consumo de medicación como indicación terapéutica privilegiada frente a la aparición de estas manifestaciones (Clarín, 2004; La Nación, 2004; Safer, D, 1996; País 2010; cantidad de periódicos locales sólo por mencionar un ejemplo Heraldo de Aragón 2009 y publicaciones dependientes de éste).

Todas las drogas que se utilizan en el tratamiento de los niños que presentan dificultades para concentrarse o que se mueven más de lo que el medio tolera, tienen contraindicaciones y efectos secundarios importantes, como el incremento de la sintomatología en el caso de los niños psicóticos, así como consecuencias tales como retardo del crecimiento (Benasayag, L,

2002; Goodman y Gilman's, 1995; Baughman, 2001; Carey, 2001; Efron et al, 1998; Vademécum Vallory 1999).

En diferentes trabajos, con respecto al metilfenidato, se plantea que:

- No se puede administrar a niños menores de seis años.
- Se desaconseja en caso de niños con tics (Síndrome de Gilles de la Tourette).
- Es arriesgado en caso de niños psicóticos, porque incrementa la sintomatología.
- Deriva con el tiempo en retardo del crecimiento.
- Puede provocar insomnio y anorexia.
- Puede bajar el umbral convulsivo en pacientes con historia de convulsiones o con EEG anormal sin ataques (Goodman and Gilman's, 1995; Breggin, P, 1998, 1999, 2001; Vademécum Vallory, 1999, Cramer et al, 2002; Schachter et al, 2001).

Con respecto a las anfetaminas en general, éstas han sido prohibidas en algunos países (como en Canadá), además de ser conocida la potencialidad adictiva de las mismas (CADRMP, 2005).

Con respecto a la atomoxetina, se ha llegado a la conclusión de que produce (en forma estadísticamente significativa):

- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Pérdida de peso, pudiendo derivar en retardo del crecimiento.
- Síndromes gripales.
- Efectos sobre la presión arterial.
- Vómitos y disminución del apetito.
- No existe seguimiento a largo plazo (Baughman, 2005; P R Vademécum, 2005).

También nos preguntamos, ¿la medicación dada para producir efectos de modo inmediato (efectos que se dan en forma mágica, sin elaboración por parte del sujeto), como necesaria durante largo tiempo, no desencadena adicción psíquica al ubicar una pastilla como modificadora de actitudes vitales, como generadora de un "buen desempeño"? (Tallis, 2004; Keirse, 1998).

Frente al avance de la difusión de este "trastorno" y la posibilidad de inclusión de la medicación en las recetas de la Seguridad Social o los Servicios de Salud de cada Comunidad, teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, los abajo firmantes, proponemos:

- *Que la evaluación de cada niño sea realizada por profesionales expertos en la temática y que se le otorgue la posibilidad de ser tratado de acuerdo a las dificultades específicas que presenta.*
- *Que la medicación sea el recurso último (y no el primero) y que sea consensuada por diferentes profesionales.*
- *Que se tome en cuenta el contexto del niño en la evaluación. La familia, pero también el grupo social al que el niño pertenece y la sociedad en su conjunto, pueden facilitar o favorecer funcionamientos disruptivos, dificultades para concentrarse o un despliegue motriz sin metas.*
- *Que se acote en los medios la difusión masiva de la existencia del trastorno por déficit de atención (cuando es un trastorno sobre el que no hay acuerdo entre los profesionales) y, sobre todo, el consumo de la medicación como solución mágica frente a las dificultades escolares.*

El profesional que desee colaborar con su firma, puede enviar sus datos:

- Nombre
- Profesión
- Lugar de trabajo o institución a la que pertenecen
- D.N.I. o N° de Pasaporte.

al correo aapipna@aapipna.es indicando su adhesión a este consenso.

Muchas gracias.

Referencias bibliográficas