

## El niño hiperactivo y su “síndrome”: ¿mito, realidad, medicación?

J.L. Tizón-García

Unitat de Salut Mental de Sant Martí-La Mina. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

El trastorno por déficit de atención o trastorno de la actividad y la atención aparece en las clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10]) como un “trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia”, del grupo de los “trastornos hiperkinéticos”. Se define por una serie de manifestaciones conductuales de un niño que deben incluir: *a*) el déficit de atención; *b*) la hiperactividad, y *c*) un grado inapropiado de impulsividad. Por eso, a partir de aquí, hablaremos de TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad), el ADHD de los anglosajones.

Al tratar el tema, como en otros muchos temas psiquiátricos, no hay que olvidar que las clasificaciones psiquiátricas actuales: *a*) son clasificaciones “de consenso”; *b*) entre especialistas escogidos (?), y *c*) acerca de los “síndromes o cuadros conductuales” manifestados por los pacientes. Eso quiere decir que su base no es etiopatogénica, sino descriptiva: son clasificaciones que no definen los cuadros en función de una etiología, ni siquiera orgánica, sino en función de agrupaciones sindrómicas sobre las cuales existe cierto consenso, más o menos apoyado por estudios empíricos. Un resultado de esa base teórica de las clasificaciones psiquiátricas es lo discutible y variable de los cuadros y aplicaciones que modernamente se han incluido en ellas, tales como el TDAH, determinados cuadros de ansiedad, la “fobia social” las agrupaciones de los trastornos de la personalidad, etc. Como consecuencia, estas clasificaciones siempre pueden utilizarse para conseguir los criterios diagnósticos más sensibles y amplios o más específicos y restrictivos. De ahí que no sea extraño que la CIE, de la OMS, defina más selectivamente el trastorno que la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Por ejemplo, para diagnosticar un TDAH, la CIE exige la presencia de, al menos, 6 síntomas de inatención junto con, al menos, 3 de hiperactividad y, al menos, 1 de impulsividad

(criterios que raramente se cumplen en el diagnóstico clínico usual del síndrome). Además, exige que haya síntomas antes de los 5 años (aunque, según el DSM-IV, no se puede o debe diagnosticar un TDAH antes de los 6 años), que las alteraciones provocadas por los síntomas se den, al menos, en 2 o más ambientes del niño (escuela, hogar, amigos y padres, medios públicos...), y que existan pruebas fehacientes de deterioro académico, social, relacional o familiar (y no sólo las opiniones de los padres o los tutores).

Según los “expertos” en TDAH, la prevalencia del síndrome suele situarse entre el 3 y el 7% de los niños y adolescentes, aunque otros estudios y “expertos” de nuestro país apuntan ya al 10%. Según muchos de estos estudios y “expertos”<sup>1-5</sup>, entre el 30 y el 50% de los individuos diagnosticados de TDAH en la infancia sigue con esta sintomatología en la edad adulta (pero existe una gran disparidad en cuanto a los diagnósticos que entonces se les confieren). Predomina en niños con respecto a niñas con una relación de 3:1 o incluso 5:1. En más del 60-80% de los casos, a esos niños se les confieren o podrían conferírseles otros codiagnósticos asociados: trastornos afectivos, del aprendizaje, de conducta, de ansiedad, alimentarios o motores, consumo de tóxicos, etc.<sup>2,6</sup>: es decir, casi toda la gama de trastornos infantiles. Este amplio codiagnóstico es un argumento de los autores y clínicos que opinan que la denominación de TDAH posee un valor tan sólo sintomático: desde esa perspectiva, el codiagnóstico existe porque la falta de atención o “distraibilidad”, con o sin hiperactividad, es un síntoma frecuente en numerosos trastornos mentales de la infancia<sup>6-8</sup>.

Como en todos los temas de salud mental controvertidos, también en éste hay una amplia discusión sobre los factores de riesgo implicados. En general, se mencionan los siguientes grupos de factores de riesgo: *a*) genéticos y familiares (hasta el 80% de los niños con TDAH tienen, al menos, un familiar de primer grado con esta sintomatología); *b*) pre y perinatales (maternidad a edad temprana, mala salud mater-

na durante el embarazo, eclampsia, exposición fetal *in utero* a tóxicos, como el plomo, el tabaco, el alcohol, la cocaína o la heroína, deficiencias nutricionales, prematuridad extrema, hidrocefalia y hemorragias interventriculares...), y *c*) ambientales (dinámica familiar alterada, dificultades en la familia como sistema, dificultades en el medio escolar o de amistades y relaciones).

Todas las controversias y posturas encontradas, como era de esperar, alcanzan su clímax en el tema del tratamiento. Y más porque hablamos del tratamiento de algo que algunos consideran un mero síntoma; otros, un síndrome; otros, un trastorno específico; otros, una enfermedad, y otros, una enfermedad genéticamente determinada. De la misma forma, los clínicos se agrupan en 2 tendencias terapéuticas diferentes: los que piensan y trabajan mediante la aplicación de medidas biológicas (hoy capitaneadas por el uso crónico de estimulantes del sistema nervioso central [SNC]: los consabidos metilfenidato, dextroanfetamina y diversas sales de anfetamina<sup>3-5</sup>) y los que consideran que hay que aplicar fundamentalmente medidas psicológicas en el ámbito del niño, de la familia o de ambos<sup>6-9</sup>. Las guías clínicas disponibles plantean alternativas diferenciadas, que se podrían clasificar en 4 grandes grupos:

A. Tratamiento farmacológico único de entrada para la mayoría de estos niños.

B. Tratamiento multimodal ya inicialmente: combinación de medidas farmacológicas, psicológicas y psicosociales.

C. Soporte psicopedagógico y psicosocial (familiar o individual) y tratamiento farmacológico en segunda instancia.

D. Intervenciones psicológicas, psicopedagógicas y psicosociales (individuales y familiares) recurriendo a los estimulantes del SNC sólo en excepciones extremas.

La mayoría de los estudios empíricos publicados hoy día apoyan los modelos A y B de guías clínicas<sup>4,5</sup>. En la práctica, al menos en la asistencia en los países del primer mundo, esto significa cada vez más, como en el caso de muchas supuestas "depresiones", un tratamiento farmacológico exclusivo o casi exclusivo (guía *real* tipo A). Sin embargo, tanto en los países mediterráneos como en los nórdicos y en Estados Unidos, parece que existe un amplio grupo de especialistas y un reducido número de autores que se resisten a esa "ola biológica" y apoyan el grupo C de guías clínicas<sup>6-9</sup>.

Es decir, se trata de un cuadro, un síntoma o un síndrome sujeto a controversia en todos los ámbitos, pero un cuadro por el que se está "tratando" hasta al 30-40% de los niños de 8 a 12 años en algunos colegios norteamericanos<sup>10</sup>, para el que existen asociaciones de familiares defensoras y detractoras, y por el que, en la judicializada sanidad norteamericana, han existido procesos legales, tanto por el uso de fármacos en su tratamiento como por dejar de usarlos<sup>6-11</sup>.

Es decir, se trata de un excelente y urgente tema para reflexionar, al menos por 3 motivos: por su importancia clínica; por su relevancia social, y porque puede servir para valorar el uso que hoy se está haciendo y se puede hacer de la "medicina basada en pruebas" (¿no habría que decir de la "asistencia basada en pruebas"? También éste es un buen caso para plantearse. ¿O es que no vale la pena plantearse la eficacia y la eficiencia, la oportunidad, la seguridad y los demás indicadores de los componentes psicológicos y psicosociales de nuestra asistencia?).

Dadas las limitaciones de espacio, propondré tan sólo una serie de reflexiones polémicas al respecto. Y, para ello, me basaré en los 4 grandes apartados que creo que deberían utilizarse para la discusión de cualquier tema asistencial o médico controvertidos. Así, muy lejos de la actitud de "acumular pruebas (sesgadas por la propaganda)", propongo reflexionar sobre el tema, tanto en el ámbito de los conocimientos empíricos y epistemológicos como en los ámbitos técnicos y pragmáticos.

En el ámbito de los datos empíricos, estudios y pruebas, hay que ser claro: goleada. Cada vez más estudios se inclinan por la perspectiva biológica del síndrome y de su tratamiento<sup>1-5</sup>, hasta el extremo de que la Asociación Americana de Medicina llegó a afirmar, en 1998, que el TDAH es "uno de los trastornos mejor investigados en la medicina, y el conjunto de datos de su validez es de mucho más peso que el de muchas otras enfermedades médicas". De ahí que las guías clínicas con más indicaciones para la farmacología sean las apoyadas por asociaciones como la Americana de Medicina, de Pediatría, de Psiquiatría, de Psiquiatría Infantil, etc., así como por todas las asociaciones internacionales bajo su influencia directa: World Psychiatric Association, Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Sociedad Española de Psiquiatría, etc.<sup>3-5</sup>.

Pero no deja de ser pintoresca la afirmación de la Asociación Americana de Medicina para un cuadro en el que su base genética no ha podido demostrarse ni de lejos, a menos que se confunda interesada y obtusamente la "carga familiar" con la "carga genética". Es cierto que el TDAH predomina en ciertas familias y que se manifiesta concordantemente en familiares de primer grado con cierta relevancia estadística, pero eso no significa automáticamente que haya una base genética. Alteraciones en la dinámica familiar pueden producir trastornos de conducta similares en varios miembros y en varias generaciones. En este sentido, habría que recordar a la Asociación Americana de Medicina que se sabe aún muy poco del desarrollo del SNC de los niños, pero lo que sí se sabe es que se trata de un sistema en continua evolución, incluso celular y citoarquitectónica, al menos hasta los 7-8 años y que, más tarde, será sometido a la apoptosis neuronal masiva de la adolescencia. ¡Como para introducir masiva o crónicamente fármacos —anfetaminas— en ese cerebro, del que sabemos tan poco, salvo su dinámica y su plasticidad!<sup>9,13,14</sup>.

En teoría, determinadas aproximaciones exclusivamente farmacológicas en salud mental parecen olvidar el hecho obvio de que, si existen pautas de relación alteradas (p. ej., entre padres e hijos), la introducción en el niño de un fármaco que altere sus reacciones puede que le mejore sintomáticamente, pero no favorece que dichas pautas se aclaren, entren en conflicto y evolucionen. Y el resultado puede ser la no infrecuente aparición de cuadros complejos (trastornos de conducta, trastornos psicóticos o trastornos adictivos, entre otros) en adolescentes cuya sintomatología y reacciones habían estado en la infancia "tamponados" por el uso crónico de estimulantes del SNC tras un supuesto diagnóstico de TDAH.

En el mismo ámbito teórico, hay que recordar que, como todas las clasificaciones "de consenso", la CIE-10 y el DSM quedan determinados por los expertos y los grupos que participan en el "consenso". ¿Alguien tiene alguna duda de que, cada vez más, los "consensuadores" son escogidos por mostrarse favorables a la "psicofarmacologización de la vida cotidiana"? De ahí la aparición de nuevos "diagnósticos" que podríamos llamar "farmacológicamente *ad-hoc*": fobia social, TDAH, psicosis "temprana", trastorno mixto de ansiedad-depresión o trastorno de pánico, entre otros.

Lo anterior no significa restarle todo valor a la "asistencia basada en pruebas" o a los grupos de expertos y consenso. Pero no olvidemos datos elementales: ¿quién está financiando o va a financiar estudios alternativos sobre el TDHA? ¿En qué servicios y con qué fondos se van a financiar esos estudios? El resultado es evidente. Brillan por su ausencia estudios fiables e independientes sobre el tema: con un seguimiento de 5 o más años, con indicadores biológicos, psicológicos y sociales, o con un equipo investigador interparadigmático. Por último, ¿quién publica e interpreta los datos? Es sabida la renuncia a la que se han visto abocados los directivos de varias revistas médicas internacionalmente prestigiosas. Lo han dicho alto y claro. Como lo dice alto y claro Feinstein<sup>9</sup>, catedrático de psiquiatría de la Stanford University, tras su jubilación desgraciadamente: la mayoría de los últimos catedráticos de psiquiatría infantil en Estados Unidos han recibido decisivas y directas ayudas de la industria para confeccionar su carrera de publicaciones y progreso académico.

En el ámbito técnico, hay que recordar que existen varias escalas para el diagnóstico del TDAH, como la Conner o la Samp-IV<sup>1,5</sup>. Y mejor que haya escalas a que todo quede en manos del subjetivismo de los clínicos, desde luego. Pero, por otro lado, ya se han estudiado bastante, al menos en psiquiatría, los riesgos de la "ad-hocidad" y la congruencia de las escalas con los resultados que se desean obtener. Así, es fácil construir escalas que encuentran o diagnostican numerosos casos de TDHA, trastornos en las conductas alimentarias, fobias sociales, "ansiedad", "depresión", etc. Cuanto menor es la preparación para la entrevista clínica y las técni-

cas de entrevista, algunos profesionales más pretenden sustituirlas por el uso masivo de multiescalas. ¿Se imaginan ustedes el futuro de sus consultas? Estarán rodeados de "bandejas de documentos organizadas", reales o virtuales: además de toda la burocracia actual, una por cada trastorno o enfermedad que haya que diagnosticar "fiablemente". Y ello no impedirá que, como le ha ocurrido en varias ocasiones al firmante, haya que retirar precipitadamente los estimulantes del SNC que algún adolescente llevaba tomando años, con la anuencia de sus padres —en ocasiones, profesores de ciencias de la salud—, por la aparición de síntomas psicóticos en el adolescente, probablemente no producidos sino ocultados, y tal vez estimulados, por las anfetaminas.

En el mismo sentido, persiste la discusión sobre la dependencia de esos tratamientos, claro<sup>13,14</sup>. Aunque las dosis terapéuticas sean, en general, menores en el uso médico, no está claro que no produzcan tolerancia y dependencia en casos predisuestos. Al menos, la dependencia de los padres y los maestros que, con sus clases superpobladas, habían dejado de tener problemas con 1, 2 o 3 púberes en éstas.

Otro tema no aclarado: ¿poseerán estos niños y chicos mayor propensión a utilizar otras drogas o fármacos psicoactivos después? ¿Creen ustedes que *BigPharma* (1) favorecerá esas investigaciones?

Y eso no significa que, como dicen algunos, no existan "niños hiperactivos y con trastornos de la atención". Está claro que es una realidad existente, aunque posiblemente no incluya al 7% de los niños. También es cierto que, si el diagnóstico está bien hecho, el uso de los fármacos indicados "produce mejorías" durante meses o años, tanto al niño como al maestro. Su retirada se nota, ¡vaya si se nota! Un cierto tipo de problema existe, y un cierto tipo de ayuda hay que dar a esos padres y esos maestros. Y aquí entramos en el ámbito de la pragmática, posiblemente el meollo de la cuestión.

Aquí podemos ver, por ejemplo, el "dramático incremento" del consumo del metilfenidato en los países desarrollados, que ya hace años Ghodse<sup>10</sup> determinó que cerca del 100% cada año en Estados Unidos, Alemania y Reino Unido y, por encima de ese porcentaje en España<sup>7,10,11</sup>. Ahí podemos ver a *BigPharma* en acción: en ese dramático incremento del uso del metilfenidato en Estados Unidos, Europa, los países del Este... ¿A quién le interesan las repercusiones de este asunto sobre el cerebro de millones de niños, y sobre temas básicos de salud pública, como el consumismo sanitario, el abuso de drogas y fármacos, la dependencia de los fármacos y la industria...?

(1) Hablo de *BigPharma* para referirme no a la industria farmacéutica en general, sino a las grandes corporaciones farmacéuticas transnacionales cuando, con tal de hacer rentabilísimos negocios a corto plazo, están dispuestas a manipular datos, estudios, salud pública... y vidas humanas.

En el mismo ámbito pragmático habríamos de recordar que, en determinados lugares de España, existen potentes equipos dedicados a la detección y el diagnóstico temprano de este tipo de trastornos. No los financia la Administración. ¿Imaginan ustedes quién los financia? En el mismo sentido, ya hay especialistas españoles que hablan de una prevalencia del 10% de la población infantil. Y, como en su propia práctica habrán visto, ¿cuántos niños toman "la pastillita" unos meses o un máximo de 2 años y cuántos siguen años y años con ella? Una "pastillita", por cierto, bioquímicamente similar a la que luego les proporcionarán en las discotecas y *after-hours*. Pero eso sí: en este caso sí se considera que es un grave problema de salud pública. ¿Y no lo será ese paso directo de "la droga de la infancia" a la "droga de la adolescencia"?

En definitiva, es en la práctica clínica donde se busca el gran éxito (el gran negocio) para *BigPharma*, con las posibilidades de multiplicar ese negocio en el futuro mediante la necesidad de usar durante toda la vida la "psicofarmacología de vida cotidiana", y tanto de forma directa (por posibles dependencias) como indirectamente (por dependencia psicosocial, por heteronomía). Un gran negocio con resultados sanitarios más que dudosos y con una parálisis de los estudios, la formación para la entrevista y la formación para la terapia de familia: ¿quién se atreve hoy a decir a las familias que si su niño moja la cama, es hiperactivo, va mal en el cole, usa drogas o ha presentado un cuadro psicótico, algo tendrán que ver en ello y algo tendrán que cambiar? ¿Quién, cómo, dónde se forman los profesionales de atención primaria de salud y de salud mental para ello? Preguntas sin respuesta o con escasas respuestas en España. La psicoterapia no consiste en "charlar con los pacientes" y "aconsejarles". Y, menos aún, la psicoterapia de familia.

En resumen, más sensato parece que, ante la queja de padres o maestros por estos cuadros, llevemos a cabo una exploración cuidadosa del contexto: primero, para evitar prescripciones inducidas ("Me dijo el psicólogo escolar que tenía que tomar este medicamento") y, sobre todo, para delimitar los factores que están favoreciendo esa "hiperactividad" del niño. Siempre los hay. Siempre. Después, con el necesario asesoramiento de los especialistas de salud mental comunitarios, habría que comenzar por medidas psicosociales aplicadas a y por la familia. Más tarde, con medidas psicoterapéuticas del niño y, tal vez, de la familia. Sólo en un cuarto momento, en cuadros graves y cuando las anteriores medidas hubieren fracasado, fármacos, pero con seguimiento y duración estrictos y sin abandonar las medidas psicosociales.

Aducir que, como no existe formación o tiempo, tenemos que usar los fármacos es una declaración de pragmatismo obtuso: ¿o es que utilizamos sedantes en cuadros de abdo-

men agudo "porque no hay tiempo y la familia está sufriendo mucho"? Claro que el problema es que, a menudo, nos sentimos muy poco formados para intervenciones psicológicas, tanto individuales como familiares. Y si, encima, cuando los profesionales de atención primaria consultan con la salud mental especializada se encuentran con "militantes extremos de las pautas biológicas" y una similar (o mayor) falta de formación en técnicas psicoterapéuticas y familiares, ciertamente es para desesperarse.

Pero, ¿no será más bien un buen momento para insistir en aquello de que "el que quiera aprender, que vaya a Salamanca"? ¿Cómo se puede ser médico o enfermera de "familia" sin reciclaje y formación continuada en estudios sobre la familia, la entrevista familiar y las terapias de familia? Por no entrar en el proceloso campo de cómo se puede ser "especialista en salud mental" con la ignorancia en estos temas. Porque ahí ya entraríamos en un ámbito bien diferente: en un ámbito en el cual hay que reconocer el éxito abrumador que, hoy por hoy, han obtenido las potentes campañas de *BigPharma* en los medios de salud mental de la Unión Europea y Estados Unidos.

## Bibliografía

1. Albaret JM. Troubles psychomoteurs chez l'enfant. *Encycl Méd Chir Psychiatrie* 37201F10. París: Elsevier; 2001.
2. Bierderman J, Millberger S, Faraone S. Family environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder: a test of Rutter's indicators of adversity. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:464-70.
3. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and management of ADHD in Primary care for school age children and adolescents. Bloomington: ICSI; 2005. p. 69.
4. Jensen PS, Cooper J, editores. Attention deficit hyperactivity disorder. State of the science. Best practice. New Jersey: Civic Research Institute; 2002.
5. Reiff MI, Tippins S, editores. ADHD: a complete and authoritative guide. Washington: American Academy of Paediatrics; 2004.
6. Lasa A. Hiperactividad y trastornos de la personalidad. I. Sobre la hiperactividad. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, *Revista de SEPYPNA*. 2001;31/32:5-83.
7. Diller LH. The Ritalin wars continue. *West J Med*. 2000;173:366-7.
8. Diller LH. Should I medicate my child? Sane solutions for troubled kids with and without psychiatric drugs. New York: Basic Books; 2002.
9. Feinstein C. Neuroethics: the treatment of child and adolescent depression: a cautionary tale. Conferencia pronunciada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra; 2004 (polic).
10. Ghodse H. Dramatic increase in methylphenidate consumption. *Curr Opin Psychiatr*. 1999;12:265-8.
11. Miller AR, Lalonde CE, McGrail KM, Armstrong RW. Prescription of methylphenidate to children and youth, 1990-1996. *Can Med Assoc J*. 2001;27:1489-95.
12. Vitiello B. Methylphenidate in the treatment of children with ADHD. *Can Med Assoc J*. 2001;27:1505-7.
13. Bezchlibnyk-Butler KZ, Virani AS, editores. Clinical handbook of psychotropic drugs for children and adolescents. Cambridge: Hogrefe & Huber; 2004.
14. OMS-WHO. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Ginebra: OMS; 2004.