

---

## **La farmacoterapia en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en escolares: Una mirada crítica a la medicalización como única forma de tratamiento**

Mirla C. Méndez Solano\*

### **Resumen**

El ensayo gira en torno al estado actual de la farmacoterapia administrada a los escolares diagnosticados con el (TDAH), en Puerto Rico y en Estados Unidos. Se examinan los aspectos psicológicos, fisiológicos, históricos, filosóficos y sociales. Particularmente los económicos y jurídico-políticos, relacionados a esta forma de tratamiento. Específicamente se analizan: 1) la relación mente-cerebro, argumento central de la díada diagnóstico-tratamiento; 2) los elementos que sustentan la relación diagnóstico-tratamiento; la justificación, los riesgos y los beneficios de su uso; 3) la crítica en torno a la validación de los diagnósticos y su consecuencia, la terapia de fármacos (como única opción de tratamiento para el TDAH); y 4) los debates sobre la medicación descontrolada. El artículo plantea otras formas de abordar el TDAH, así como algunas opciones de tratamiento, que minimicen los efectos secundarios y en general, que aseguren mayores beneficios en las áreas de calidad de vida y salud integral de los/as escolares con esta condición.

**Palabras clave: clínicos; diagnósticos; farmacéuticas; encargados; críticas**

### **Abstract**

The paper revolves around the current state of the drug therapy administered to schoolchildren diagnosed with (ADHD) in Puerto Rico and the United States. It examines the psychophysiological, historical-philosophical and social aspects, related to this form of treatment. Particularly the economic, political and legal related to this form of treatment. Specifically we analyze: 1) the mind-brain, the central argument of the dyad diagnosis-treatment; 2) the elements that sustain the relationship diagnosis-treatment, the rationale, risks and benefits of its use; 3) critical regarding the validation of diagnostic and therefore drug therapy (as only treatment option for ADHD) and 4) discussions about medication control. The article discusses other ways to address the ADHD, as well as some treatment options that minimize side effects and in general, to ensure greater benefits in the areas of quality of life and overall health of school children with this condition.

**Key words: clinical; diagnostic; pharmaceutical industry; caregivers; critical**

\* Doctorado en el área de Psicología Académica-Investigativa.

## Introducción

El diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y jóvenes escolares entre 5 y 12 años ha alcanzado en las dos últimas décadas un vertiginoso aumento. Actualmente es uno de los diagnósticos psiquiátricos de mayor prevalencia en la práctica pediátrica en los países desarrollados. De acuerdo a Figueroa (2009), la prevalencia mundial reportada es de 5.2 %, la de Estados Unidos es de 7.5 % y la de Puerto Rico alcanza el 8.0 %. Aún así, esta última cifra, no concuerda con la supuesta ocurrencia del diagnóstico, reportada en la mayoría de los escolares con problemas de conducta, en las escuelas del país, de acuerdo a las estadísticas de 2005 del Departamento de Educación.

El tema de la medicación en el tratamiento de niños con diagnósticos de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, constituye un debate con implicaciones sociales, políticas y económicas, que incluye diversos sectores de los sistemas: el Sistema Educativo, el Sistema de Salud Mental, y las Administraciones Central y Federal. Para fines de este ensayo, atenderé el espacio en el cual se intersectan las tres áreas señaladas previamente: la escuela pública (Bauermeister, 2008; Delgado, 2008; Elkins, 2007; Méndez, 2009; Rivera Mass, et al, 2009). Afirma Sumaza (2008) sobre la situación particular de Puerto Rico:

...durante estas últimas décadas, la práctica de la psicología en las escuelas ha sido, como una psicología clínica-académica-escolar en escuelas, con un modelo médico, con énfasis en la medición y la medicación, la cual señala ser, uno que lleva a una práctica [automatizada y hueca] sin abonar al desarrollo creativo de estrategias innovadoras de intervención, ante los retos de los problemas actuales en el plantel escolar y su comunidad circundante (Sumaza, 2008, p.1).

Tomando en cuenta los debates existentes en torno a los aspectos relacionados con la condición y los hallazgos señalados en la página anterior, cabe formular los siguientes cuestionamientos: ¿Estará el TDAH asociada a una interrelación de efectos multifactoriales que pueden incluir, desde factores genéticos, hasta factores psicológicos y sociales? Si en efecto se trata de la intervención de múltiples elementos, ¿por qué el tratamiento, generalmente, es sólo uno (farmacoterapia)? ¿Por qué la tendencia, entre los profesionales del campo de la psiquiatría infantil y disciplinas relacionadas, a menoscabar alternativas terapéuticas que podrían incorporarse a un programa verdaderamente integral para los niños con TDAH?

Según la American Psychiatric Association (2002) el TDAH es una condición debilitante que afecta desde 3% a 7 % de niños y jóvenes escolares. Sus consecuencias pueden ocasionar problemas serios en el desarrollo educativo y social de los afectados. Sobre su etiología, aún no se sabe nada concreto, pero su diagnóstico se basa en la persistencia y funcionamiento de niveles excesivos e inapropiados de actividad, así como en la falta de atención e impulsividad. Se considera poco probable que el síndrome (término utilizado por los autores para referirse al conjunto de signos y síntomas del TDAH) esté ligado a una etiología en particular, más bien se relaciona con un determinado espectro de trastornos (Tripp & Wickens, 2008).

En términos del tratamiento con fármacos para el TDAH, los estudios sobre efectividad y tolerancia de los medicamentos utilizados para reducir los efectos/síntomas de la condición se han convertido en el eje central de las investigaciones. Cabe resaltar que la efectividad a la que hacen referencia los autores es aquella que remite al nivel de funcionalidad, en cuanto a las actividades cotidianas/académicas familiares que los escolares pueden lograr. Esto no está relacionado con el tratamiento del problema (el que fuere), sino con la supresión de un síntoma (desatención, hiperactividad, impulsividad). No obstante, este abordaje terapéutico no es la única opción en el escenario. Por lo tanto, los aspectos relacionados a la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento del TDAH toman una preponderancia vital para los profesionales de la psiquiatría y la psicología infantil, quienes en el ejercicio de su disciplina deben asumir el encargo de responder a la múltiple gama de factores que pueden incidir en lo que se denomina TDAH.

Como señalé, el TDAH se sitúa como la condición que presenta la mayor prevalencia en materia de neurología pediátrica, pero este hecho no revela del todo el estado crítico de la situación. Lo que agrava el cuadro general es el exceso de tratamientos con medicamentos administrados a escolares con la finalidad de disminuir los síntomas de la condición. El efecto se traduce en una mejoría en la inatención, la hiperactividad, la impulsividad, y en consecuencia, se observa un progreso en la conducta que favorece el proceso enseñanza aprendizaje del currículo escolar. Sin embargo, este efecto no alcanza a desarrollar el aprovechamiento académico en general, pues depende de una intervención que integre aspectos, sociales, académicos, cognitivos y psicomotrices, entre otros (ver Álvarez-Arboleda, Rodríguez-Arocho & Moreno-Torres, 2003; Báez, 2008; Ramos, 2009; Sumaza, 2008; YC So, Leung, & Hung, 2008). Por tal razón, se hace imprescindible, desde el punto de vista psicoterapéutico, darle mayor apertura a los tratamientos para el TDAH que integren la atención a los efectos multifactoriales, con los cuales se asocia la condición. A saber, factores genéticos, psicológicos y sociales.

Sin embargo y a pesar de los planteamientos presentados desde diversos enfoques epistemológicos y metodológicos, son pocos los estudios que se han hecho sobre este tema, examinando la problemática, desde una perspectiva crítica e interdisciplinaria. La mirada que propongo en este trabajo, constituye la justificación del mismo y su principal aportación. El contenido gira en torno al estado actual (última década) de la terapia de fármacos administrada a niños en edad escolar diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Puerto Rico y en Estados Unidos. El propósito del escrito es examinar tres aspectos fundamentales relacionados al uso de la farmacoterapia para dicha condición: 1) Exponer el estado actual de la situación y los aspectos histórico-filosóficos (relación mente-cerebro) como argumento central de la díada diagnóstico-tratamiento; 2) Destacar los elementos que sustentan dicha relación, su justificación, y los riesgos beneficios de su uso (psicología fisiológica); 3) Desde la dimensión social, presentar una crítica en torno a la validación de los diagnósticos y su consecuencia, la terapia de fármacos (como única opción de tratamiento para el TDAH); simultáneamente, exponer el debate sobre la medicación descontrolada. Finalmente, resaltar la importancia que tiene para dicho tratamiento, la integración de alternativas que atiendan la diversidad de necesidades y escenarios, que forman parte del diario vivir de los escolares con el diagnóstico mencionado. La propuesta incluye explorar algunas opciones de tratamiento que minimicen los riesgos de efectos secundarios y en general, que

aseguren mayores beneficios en las áreas de calidad de vida y salud integral de los niños con TDAH.

Origen del término: del Daño cerebral mínimo al TDAH

Eisenberg (2007) realiza un recorrido histórico y clínico sobre el proceso de transformación del diagnóstico “daño cerebral o daño cerebral mínimo” en el “Déficit de Atención con Hiperactividad”. Dicho estudio permite establecer coordenadas entre el surgimiento de la condición y los altos niveles de prevalencia, mencionados en la sección anterior. Resulta interesante observar las diferentes variables que intervienen en la transformación de un concepto en otro. Entre los elementos que se mencionan figura la preponderancia del factor orgánico sobre el factor psicológico, como índice de credibilidad y/o validez del diagnóstico. Por otro lado, no podemos pasar por alto que la utilización del lenguaje en los escenarios clínico-psiquiátrico, escolares y familiares, constituye un mundo de relaciones, donde entran en juego aspectos farmacológicos y legales, relativos al uso de drogas para el control de los síntomas del TDAH (Berger & Lukman, 1967; Burman, 1995; Gergen, 1985; González & Pérez, 2007; Ibañez, 2001; Méndez, 2010; Parker, 1995; Sazs, 1960).

El trayecto histórico que describe el diagnóstico permite apreciar detalles como la aparición del TDAH en el Manual de Diagnósticos y Estadísticas de Trastornos Mentales – III (DSM- III), publicado en 1982, y en el léxico de la psiquiatría infantil. En 1957, Eisenberg (2007) como principal investigador del Instituto Nacional para la Salud Mental (NIMH), puntualizó las siguientes características como las principales del cuadro clínico “daño cerebral infantil” (muy utilizado en aquella década). Dichas características eran: hiperactividad, corto intervalo de atención con marcado nivel de distractibilidad, cambios bruscos de estado anímico, ansiedad (que en ocasiones alcanza niveles de pánico), aumento o disminución de las funciones intelectuales, y de forma menos consistente, la conducta antisocial (Eisenberg, 2007; Kaplan, 1989).

El término “daño cerebral infantil o disfunción cerebral mínima”, tan común entre 1950 y 1960, fue acuñado inicialmente por Bond y Smith en 1935 (refiérase a Eisenberg et al, 2007) al describir las conductas de un niño que sobrevivió a un episodio de encefalitis. Ambos investigadores propusieron como diagnóstico del cuadro señalado “Síndrome post-encefálico”. Posteriormente el uso de “daño cerebral”, en ausencia de historial o daño neurológico, se originó con Strauss y Werner en 1942 (Eisenberg et al, 2007). El “daño cerebral mínimo” se infería de los síntomas de conducta, por lo tanto, no fue validado como un dato independiente. Aunque se le añadiera el adjetivo “mínimo” para disminuir el peso del diagnóstico, éste no incrementó su precisión y validez científica (Knobloch & Pasamanick, 1959; Walzer & Wolff, 1973, en Birch, 1964). Del recuento anterior podemos inferir que, una vez que el diagnóstico “daño cerebral mínimo” careció de validez clínico-científica, fue preciso definir al cúmulo de síntomas de forma tal que expresara claramente que se trataba de un problema funcional y no anatómico. Por tanto, era necesario describir la condición como un “trastorno” y así, resolver la distinción entre la dimensión física y la dimensión mental. De esta manera, surgió la categoría Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), atendiendo a la descripción de los síntomas de la condición.

---

## La relación mente-cerebro como fundamento del binomio diagnóstico-tratamiento.

Por siglos, el problema de la relación mente-cerebro/cerebro-cuerpo/mente-cuerpo ha sido la preocupación de filósofos, médicos y científicos. Desde los egipcios (siglo XVI a. C.); Hipócrates (ca. CLDX [460] a. C.); Erasistratos (siglo III a. C.); y Galeno (siglo II d. C.) reconocieron al cerebro como centro de la actividad mental, por lo tanto, el daño cerebral podía tener consecuencias en la conducta. En los siglos XVIII y XIX el interés se centró en la relación entre el cerebro y la conducta. Franz Gall (1800) en culminó este concepto en la frenología y Flourens (1825) estudió experimentalmente el concepto de localización cerebral y estableció que las funciones sensoriales y motoras estaban localizadas en lugares específicos del cerebro. Sin embargo, este último, mostró énfasis al funcionamiento global del cerebro, en el que todas sus partes están interconectadas. Incluso, se adelantó a considerar el potencial de áreas funcionales del cerebro en las que unas partes pueden sustituir a otras. Esto constituye, de acuerdo a un avance de lo que luego se conoció como plasticidad cerebral definida como la capacidad de alteración continua de las vías y sinapsis neuronales del sistema nervioso, y el cerebro vivo en respuesta a la experiencia o daño. Es decir, se refiere a la capacidad del cerebro de modificarse y de cambiar su estructura como resultado del aprendizaje (Andreassi, 2000; Schwartz & Olson, 2003).

A finales del siglo XIX, William James (1890/1950) planteó esta relación en su obra seminal Principios de Psicología. Como filósofo, reconoció la unidad mente-cuerpo, y sobre todo, su naturaleza bidireccional. Entendía además, que este dato era de tal importancia y alcance que la relación cerebro-fisiología se debía presuponer o incluir en la psicología. Sobre el particular afirmó que "...ninguna modificación mental ocurre que no esté acompañada o seguida de un cambio corporal... Nuestra psicología por consiguiente debe considerar no sólo las condiciones antecedentes a los estados mentales, sino también, sus consecuencias resultantes (James, 1950, p. 67).

De esta manera, quedan establecidos los principios de una psicología completamente significada en el contexto de lo orgánico, es decir, la relación entre factores biológicos que den cuenta de los psicológicos. Éstos, a su vez, desencadenaron irremediamente en otra relación con la misma ley; a partir de un diagnóstico queda certificado un tratamiento fisiológico (médico). Como resultado de este vínculo, surge la Neuropsicología. Debemos a Luria (1982) y a su escuela el concepto de sistema funcional, el cual establecía que las funciones mentales se fundamentan en sistemas de zonas cerebrales que trabajan concertadamente, de forma que cada una ejerce su papel específico dentro del sistema (Luria, 1982).

Analizar el problema del uso de la farmacoterapia para el diagnóstico psiquiátrico del TDAH, tomando en cuenta los aspectos históricos y filosóficos, implica examinar más de cerca las características del modelo médico-psiquiátrico, que desde finales del siglo XIX y principios del XX, rige la práctica de la psiquiatría y la psicología clínica en el Sistema de Salud Mental Infantil en Puerto Rico (SSMPR). Dicho modelo y el discurso de cual éste se deriva, han fungido como el cuerpo teórico y práctico que sustenta el uso de dicha categoría diagnóstica, en la clasificación clínica infantil. Desde este supuesto, las formas jurídico-políticas a lo largo de la historia, han jugado un papel preponderante, asignándole a los discursos científicos e intelectuales un significado particular de acuerdo a la demanda social

y política que el Estado ejerce sobre sus especialistas/expertos (Braunstein, 1990; Foucault, 1973; Parker, 1995).

La historia del tutelaje que el Estado ejerce sobre “la niñez” proviene de una campaña internacional de orden que data de finales del siglo XIX, en la cual la figura del niño, joven y adulto del mañana se convierte en el blanco de dicha reconstrucción: familia, escuela, autoridad paterna y autoridad docente. Álvarez-Uría & Varela (1994) analizan esta dinámica a partir de lo que han denominado la psicopatologización de la infancia, la cual se fundamenta en la teoría evolutiva darwiniana. Desde esta perspectiva, el niño es considerado como un salvaje que hay que sacar de la naturaleza y llevar a la civilización (cultura). Nada más contundente que el siguiente texto de Watson (1972) para ilustrar el pensamiento científico de la época en relación a la niñez: “[...] nadie debería intentar el estudio de un niño sin suficientes conocimientos previos de fisiología y de psicología animal” (Watson, 1972, p. 119).

A partir de esta premisa se construyó un sistema de observación, diagnóstico y tratamiento para el niño que no exhibe “orden” en su conducta. La llamada “intervención psicológica” reposa sobre el presupuesto de que el sujeto que padece dicha intervención es demasiado ignorante e incapaz de resolver por sí mismo los problemas que le conciernen. Para finales del siglo XIX, la educación, desde esta “naciente y pujante puericultura”, impulsa la vigilancia de la familia y sobre todo, la regeneración por la escuela (Donzelot, 1991).

De acuerdo a los planteamientos señalados, la medicación en el tratamiento de escolares con TDAH constituye un debate con implicaciones de diversa índole (psicofisiológico, filosófico, histórico, social, político y económico). La discusión involucra asimismo, a sectores del sistema educativo, del sistema de salud mental, y de las administraciones central y federal. Desde esta red jurídico-política, la farmacoterapia se constituye como parte esencial del modelo médico-psiquiátrico que opera, desde finales del siglo XIX, hasta la actualidad en el SSM de Puerto Rico, y representa, para los profesionales que aspiran a una práctica clínica reconocida, el dispositivo científico que certifica su legitimidad.

#### Aspectos psicofisiológicos relacionados al uso de la farmacoterapia

Según estudios realizados por Addington, Bob, Castellanos y Rapaport (2006), en la etiología del trastorno está involucrado el efecto moderado de múltiples genes. Una reciente revisión de todos los estudios de genética molecular sobre el TDAH, desde 1991 hasta el 2004, concluyó que existía una asociación significativa para cuatro genes del diagnóstico en cuestión: la dopamina D4, los receptores D5, los transportadores de dopamina y la serotonina. Este estudio partió de la hipótesis de que los cambios en la señalización de la dopamina pueden dar cuenta de la alterada sensibilidad hacia el refuerzo positivo que poseen los niños con TDAH. Cabe señalar que el exceso o la disminución de dopamina se relaciona con diagnósticos como la esquizofrenia, la depresión, la enfermedad de Parkinson y las adicciones, entre otros (Bob et al, 2006).

La evidencia en cuanto a la actividad celular de la dopamina en relación al mecanismo del refuerzo positivo está en plena revisión. Los investigadores hallaron en

escolares con TDAH una disminución del disparo anticipatorio de dopamina en la célula. Esta respuesta, según observaciones realizadas, precede el paso del mecanismo de refuerzo. En un estudio realizado por Tripp y Wickens (2008), los investigadores partieron del supuesto de que, los niños con TDAH presentan también el llamado Déficit de Transferencia de Dopamina (DTD). Aún así, sus conclusiones los llevaron a considerar que la presencia del DTD no es suficiente para explicar los síntomas del TDAH y los efectos de las intervenciones farmacológicas. El tema continúa en discusión.

#### El DSM-IV y la validación del tratamiento

La primera edición del DSM, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1952, no incluyó el trastorno de hiperactividad. Luego de un largo y tendencioso debate en 1969 Eisenberg, Rutter y otros investigadores (Eisenberg et al, 2007) lograron la aceptación de la categoría. Sin embargo, hasta 1980, el TDAH se aceptó como parte del léxico oficial. Contrario a la controversia surgida en torno a su terminología y fisiopatología, el TDAH fue el único trastorno en la psiquiatría infantil para el cual había una amplia y aceptada medicación: d, 1-amphetamine, identificada por primera vez, por Charles Bradley en 1937 (Eisenberg et al, 2007). La revisión anterior revela una clara tendencia a tratar los síntomas del mencionado trastorno por la vía de la medicación. Así mismo se infiere, que la prioridad, desde la perspectiva clínica infantil estaba más dirigida hacia la disminución de los síntomas (eficiencia) y de forma rápida (eficacia) que, hacia la búsqueda de terapias psicológicas u otras alternativas.

La droga dextroamphetamine o su sólido isómero (sustancia de igual composición química a la d, 1 amphetamine, pero con propiedades diferentes) fue clasificada farmacológicamente como un estimulante capaz de calmar la sobreactividad en los niños, así como los demás efectos relacionados (Marracino, 2009). La tercera edición de Psiquiatría Infantil, publicada por Leo Kramer en 1957 (Eisenberg et al, 2007) tiene tres páginas del capítulo de farmacología dedicados al tratamiento con esta droga. Este hecho revela la importancia de la farmacoterapia en 1950. Para esta fecha, la dextroamphetamine era la única droga catalogada como efectiva (Kramer, 1966).

En relación al uso del Manual de Clasificación de los Trastornos de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) debo enfatizar que, en lo relativo a los diagnósticos de la infancia, en cada revisión se añaden categorías (que aumentan en especificidad) y van ampliando las posibles variantes del "trastorno", así como el nivel de expectativa hacia la "maladaptación", es decir, hacia la salida de la "norma". Estas categorías diagnósticas van desde el "Trastorno Hiperactivo del Desarrollo", el "Trastorno Oposicional Desafiante" y el conocido "Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad", entre otros. Este último, ocupa el primer lugar en las cifras de diagnósticos emitidos en Puerto Rico, de acuerdo a datos del 2005 del Departamento de Educación.

En un intento por explicar el papel de la clasificación en psiquiatría, González y Pérez (2007) señalan que las prácticas clínicas, tanto psiquiátricas como psicológicas, forman parte de un entramado que incluye la investigación científica, la industria farmacéutica, el estatus de los profesionales implicados, la política sanitaria, la cultura clínica de la sociedad y la sensibilidad de los pacientes. Estas prácticas, entre las cuales se

destaca la clasificación psiquiátrica, según el DSM-IV de 2002, abonan al campo de la proliferación de los trastornos mentales (como el TDAH) hasta el punto de perpetuarlos. Coincidió con González y Pérez (2007) en que, debido a que los factores señalados provienen de sectores con intereses particulares, surge la necesidad de desenmascarar la naturaleza de los trastornos mentales y sus tratamientos (González & Pérez, 2007).

A pesar de que en las versiones del DSM del I al IV se evita utilizar el término “enfermedad”, sustituyéndola por “trastorno”, la farmacología parte del supuesto del “modelo de enfermedad” para justificar la base de los “síndromes psiquiátricos”. Los síndromes son trastornos tipificados o conjuntos de síntomas, lo cual no los convierte necesariamente en enfermedades. No obstante, son enfermedades lo que se desea ver y así se da a entender. Sobre este particular, González y Pérez (2007) advierten que en este sentido, “la Psiquiatría es la única especialidad médica en la que todos sus diagnósticos son síndromes, no enfermedades. Sin embargo, a los pacientes se les suele decir que tienen tal o cual enfermedad, probablemente para justificar su tratamiento con medicación” (González & Pérez, 2007, p. 32; Szasz, 1960).

Esta mirada psiquiátrica coloca al “enfermo” (en nuestro caso el escolar con TDAH) en un lugar ajeno a ese saber que le corresponde por derecho, pero que sólo es asignado al médico, el experto en la enfermedad. Para finales del siglo XIX y principios del XX, el médico se presenta como la figura que posee todo el saber científico. Por lo tanto, es el encargado de ordenar el ambiente del llamado enfermo, de evaluarlo, clasificarlo y, para fines de tratamiento, emitir u omitir un diagnóstico. En este escenario, “el cuerpo” ocupa el lugar de la enfermedad, y ésta se presenta posible para la clasificación. Allí, el cuerpo también se relaciona con otras enfermedades sobre la base de analogías formales y se convierte en el espacio donde la enfermedad se manifiesta y procede bajo la lógica científica: observa-describe-designa-clasifica (Braunstein, 1990; Foucault, 1977; Parker, 1995; Szasz, 1960).

#### El fármaco y/o el paciente

Apoyo la idea de que los “trastornos mentales” no forman parte de entidades naturales de base biológica (como muchos clínicos pretenden hacer creer, con la convicción de los pacientes). Más bien, se constituyen como entidades construidas de carácter histórico-social, arraigadas a los avatares de la vida que a los desequilibrios de la neuroquímica. Aún así, este hecho no priva a los trastornos de existencia real. Dicha existencia, vista de forma aislada, tan sólo supone el mayor peso a los problemas de la vida cotidiana y a la gente que a su cerebro. La sensibilidad de las personas ha cambiado. Ahora “sienten” como un problema cosas que antes no lo eran o se experimentaban de otra manera. No es que la gente tenga trastornos mentales debido a la existencia de los psicofármacos, sino que los problemas que tiene la gente tomen la forma de trastornos mentales, de supuesta base biológica, remediable precisamente con psicofármacos. Toda esta compleja dinámica entre pacientes, clínicos, científicos, opinión pública, farmacéuticas y aseguradoras, crean, desde el modelo medicopsiquiátrico, un vínculo muy estrecho entre “los trastornos” y el tratamiento (consumo de fármacos). Por tanto, lograr acallar al síntoma es la explicación utilizada para implicar que un determinado neurotransmisor actúa sobre un aspecto psíquico (González & Pérez, 2007; Rosich, 2008; Szasz, 1960).



En mi opinión, estas explicaciones están allí, en gran medida, porque no hay otras, no porque sean válidas, son promovidas por la industria farmacéutica en sus campañas de publicidad (financiamiento de investigaciones, organización de congresos y reuniones profesionales y campañas a los médicos y a la población). Así, justifican la validez (aparente) de la terapia farmacológica y en consecuencia, incrementan las ventas de psicofármacos. La dinámica que se presenta coloca a las farmacéuticas como las creadoras de una relación de falsa especificidad entre “enfermedad mental” y medicamento.

Sobre este particular, es preciso recordar que desde la primera edición del DSM-I de la APA hasta la del año 2000 (DSM-IV-R) las categorías diagnósticas han aumentado en más de 200% (de 100 en 1952 a casi 400 en 2000), y su mayor aumento fue a partir de las ediciones de la década de 1980 (fecha a partir de la cual aparecen las categorías mencionadas). Desde esta perspectiva, González y Pérez (2007) explican que “el modelo de acción de los psicofármacos enfocado en las drogas y no en la enfermedad conforma un retorno al antiguo concepto de farmacopsicología propuesto por Kraepelin en 1882 y, al significado original de psicofarmacología acuñado por el destacado farmacólogo David Macht (1915) en González & Pérez (2007) en el que las drogas y fármacos servirían como medios para estudiar los procesos psíquicos, más que como una verdadera terapia” (p. 144).

Según estos autores la proliferación diagnóstica, en función del DSM-III y desde la década de los años 1980, supone en gran parte otra consecuencia de este mismo ciclo de la investigación psicofarmacológica. De acuerdo a estos autores: “Tal pareciera que los psicofármacos desarrollados necesitaran más de los pacientes que éstos de los fármacos, por utilizar la fórmula de Illich (1977) referida a médicos y abogados. El (preparado) necesita “(preparar) pacientes a su medida para abrirse un espacio en el mercado farmacéutico”. Illich utilizó en 1977 el concepto de iatrogenia (todo acto o práctica, llevada a cabo por el médico, que desencadene en el paciente perjuicio o daño físico y/o emocional) para relacionar la posición de los pacientes con el mercadeo psicofarmacológico. Al respecto afirmó que esta práctica puede ser iatrogénica, una vez que el remedio propagado sea peor que la enfermedad (Illich en Álvarez-Uría & Varela, 1994).

#### Seguridad y calidad de vida: factores de riesgo asociados a la farmacoterapia

Desde el punto de vista de la clínica infantil, es preciso hacer énfasis en que una vez se determina (por parte del especialista) y se autoriza (por parte de los encargados del escolar evaluado) la terapia farmacológica, deben atenderse de forma inmediata y rigurosa los aspectos éticos relacionados con las implicaciones de dicha terapia (para el niño y sus familiares). Sobre el tema de los factores de riesgo y las desventajas del uso del fármaco (como tratamiento exclusivo para el TDAH) es apropiado hacer un giro en el foco de las investigaciones futuras. En principio, se hace indispensable y pertinente vincular niveles de salud y calidad de vida con los síntomas característicos del TDAH. De esta manera, es posible obtener resultados más sólidos que abonen al campo del tratamiento de esta condición que presenta tan alta tasa de incidencia en la población infantil y adolescente (Eisenberg, et al, 2007; Flapper y Schoemaker, 2008).

Lerner y Wigal (2008) coinciden con los estudios anteriores en que existen una serie de factores relacionados al tratamiento con estimulantes que deben ser monitoreados. Los posibles efectos negativos de la medicación con estimulantes a largo plazo para el TDAH son: pérdida del apetito, pérdida de peso temporal, incremento en la presión sanguínea y en el ritmo cardíaco. Estos efectos pueden ser identificados y son clínicamente significativos en una pequeña proporción de pacientes (Lerner & Wigal, 2008). Aún no se presenta evidencia válida de pruebas controladas que indiquen cuánto tiempo debe permanecer un paciente con TDAH bajo tratamiento con medicamentos estimulantes. Sin embargo, los investigadores recomiendan a los clínicos que permanezcan monitoreando a los pacientes tratados y que se supervisen los parámetros de presión sanguínea y ritmo cardíaco. En contraste, Lerner & Wigal (2008) aclaran que son más los pacientes que no experimentan clínicamente cambios relevantes durante la niñez. Al respecto, Vitiello (2008) añade que, al margen de la modalidad de tratamiento que se seleccione (psicosocial, farmacológico o combinado) en el caso de la farmacoterapia, la decisión debe tomarse de forma colaborativa entre clínicos y padres (Vitiello, 2008; López-Luengo, 2001).

Debido a los argumentos expuestos, la Asociación Norteamericana del Corazón (ANC) publicó en abril de 2008 una guía de recomendaciones para la evaluación y supervisión de los escolares que reciben tratamiento para la disminución de los síntomas del TDAH. Esto en respuesta a que los hallazgos científicos incluyen una amplia data de niños que presentan condiciones cardíacas relacionadas al TDAH. En la mencionada guía se resaltan los siguientes aspectos vinculados a este tema: 1) es prudente asesorar cuidadosamente a los encargados de los escolares con condiciones cardíacas, que necesitan recibir tratamiento con drogas para el TDAH; 2) antes de iniciar la farmacoterapia, es conveniente obtener del paciente un historial familiar de salud y un examen físico dirigido a identificar factores cardiovasculares de riesgo; 3) es importante tener en cuenta que los medicamentos para tratar el TDAH no han demostrado ocasionar condiciones del corazón, ni muerte súbita por fallo cardíaco, sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden aumentar o disminuir la presión sanguínea del corazón y; 4) estos efectos no se consideran usualmente peligrosos, pero aún así se les debe dar seguimiento al tratarse de niños con condiciones del corazón, de acuerdo a la discreción del médico (Asociación Norteamericana del Corazón, 2008). Como resultado del uso del lenguaje en las nuevas publicaciones y declaraciones, surgieron interpretaciones controversiales con respecto a la recomendación de practicar, como parte de la evaluación de los escolares con TDAH, un electrocardiograma (ECG). El propósito de este conjunto de recomendaciones de la Academia Norteamericana de Pediatría (AAP) y de la ANC es aclarar cada una de las estipulaciones.

Por otro lado, un estudio publicado por Gould en el año 2009 reveló que a pesar de la existencia de nuevas pruebas de que el Ritalín y el Aderal pueden incrementar el riesgo de muerte súbita, los reguladores de salud continúan presionando a los padres de los escolares con TDAH a que prosigan con el tratamiento con dichos estimulantes. Según el estudio del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, los resultados evidenciaron que los escolares saludables que tomaban los medicamentos tuvieron una probabilidad, entre seis y siete veces mayor, de morir repentinamente por razones inexplicables en comparación con los que no los tomaban. Estos resultados apuntan hacia una relación entre el uso de los medicamentos estimulantes y la muerte repentina en

escolares/adolescentes (Gould en Martínez, 2009; Perrone, 2009). De acuerdo a la información suministrada en esta sección, sobre calidad de vida y factores de riesgo de la terapia farmacológica, podemos establecer que las consecuencias del tratamiento, a corto, a mediano y a largo plazo, se relacionan estrechamente con el efecto iatrogénico definido por Ilich en Álvarez-Uría y Varela (1994), ya que, los efectos que se desprenden de la farmacoterapia superan la gravedad de los síntomas del TDAH (p. 48). He aquí, un elemento más para evitar el uso de estimulantes y considerar otras alternativas estableciendo vínculos entre la psicoterapia y el espacio escolar del niño/joven.

Jackson y Peters (2008) exploraron las visiones y vivencias de un grupo de padres en el tratamiento con fármacos de escolares con TDAH. Utilizaron la narrativa, como técnica metodológica para abordar aspectos relacionados a sus dificultades ante la toma de decisiones sobre el uso de la farmacoterapia en sus hijos. Los temas que expresaron abiertamente fueron: 1) ambivalencia y confusión; 2) influencia de la publicidad negativa; y 3) temor a un cambio en la personalidad.

### Conclusiones y recomendaciones

Una vez realizada la revisión de algunos estudios sobre el tema del TDAH y los efectos biopsicológicos de la terapia farmacológica, puedo afirmar que la investigación sobre el diagnóstico y sus particularidades es amplia, diversa y controvertible. El recorrido presentado incluyó aspectos relacionados con: perspectivas históricas, filosóficas y sociales que enmarcan el surgimiento del diagnóstico; elementos etiológicos y genealógico; eficacia, seguridad, calidad de vida y tolerancia a largo plazo ante ciertos medicamentos; seguimiento médico durante la farmacoterapia; diagnósticos que coexisten con el TDAH; críticas al uso de la medicación como única alternativa y la toma de decisiones de los encargados.

De acuerdo a los trabajos examinados, la mayor preocupación está centrada en el tratamiento de la condición con psicofármacos; por tal razón, la mayoría de las investigaciones están dirigidas al campo de la farmacología y las diferentes drogas que pueden ayudar a reducir los síntomas. Este trabajo se sostiene sobre la base de las necesidades e intereses de todos los sectores relacionados con la educación y la salud infantil. La realidad del problema que enfrentamos es que, tanto los encargados, la escuela, los psiquiatras, los psicólogos y los médicos (clase médica), desde sus diferentes escenarios, persiguen el mismo objetivo: disminuir los síntomas de la condición y obtener mayores niveles de funcionalidad de los niños/jóvenes afectados.

Ante esta necesidad, la industria farmacéutica surge como la alternativa más inmediata y efectiva para reducir los síntomas del TDAH y lograr mayores niveles de disponibilidad y funcionalidad. Esto a su vez, se traduce en un aumento en los niveles de aprovechamiento académico, afectivo y social. De tal manera que, la demanda de diagnósticos en el escenario psiquiátrico y psicológico infantil aumenta, como producto de necesidades creadas desde diferentes instancias jurídico-políticas. El lenguaje que opera (desde el inicio del proceso), que describe y define los pasos a seguir; es usado como recurso para legitimar la demanda de la evaluación del niño/joven identificado por los especialistas (presenta síntomas de TDAH). De inmediato es registrado en el Sistema de

Educación Especial del Departamento de Educación de Puerto Rico para seguir con el protocolo establecido. En base a este y otros estudios realizados, así como, el conocimiento y la experiencia profesional, expreso mi rechazo a esta práctica irresponsable e irreflexiva, que presenta consecuencias irreparables a la salud mental y física de los niños y jóvenes implicados, así como a sus familiares y/o encargados.

Finalmente, resulta urgente ampliar la mirada de los profesionales de las áreas comprometidas en los procesos de evaluación, diagnóstico y tratamiento desde la posición de un ser humano integrado, con un conocimiento especializado, hacia otro enfoque de intervención calificada: “Antes de intervenir en la vida de la gente, uno debería primero intervenir en uno mismo, cerciorándonos de que hemos tomado todas las precauciones posibles para evitar dañar a los destinatarios últimos de nuestra intervención” (Burman, 1995, p. 170). Comparto con Sumaza (2008) que el psicólogo que trabaja en los contextos escolares debe atender múltiples áreas, entre las cuales se encuentran: 1) prevención en las escuelas; 2) desarrollo intelectual y académico de los niños; 3) herramientas a maestros y personal escolar que promuevan un clima emocional saludable en el salón de clases, y; 4) fortalecimiento del carácter de los jóvenes, basado en los valores éticos y sociales.

A pesar de todos los aspectos señalados sobre los procedimientos clínicos descontextualizados y deshumanizantes, existen (cada vez en mayor proporción) profesionales que cuestionan las bases epistemológicas del sujeto psicológico, y que someten a revisión las teorías y las prácticas a las funciones implícitas y explícitas de sus códigos heredados. Es decir, psicólogos: ...“que no ignoran que el psiquismo de los sujetos y las formas de organizar la transmisión de saberes a las nuevas generaciones son ámbitos muy importantes para una sociedad, demasiado importantes para ser depositadas exclusivamente en manos de los especialistas” (Álvarez-Uría & Varela, 1994, p. 188).

#### Referencias

- Addington, Bob, Castellanos & Rapaport (2006). Schizophrenia: From the brain to peripheral markers. A consensus paper of the WFSBP task force on biological markers, 10 (2), p. 127-155. Recuperado en <http://informahealthcare.com/>
- Álvarez-Arboleda, L.; Rodríguez-Arocho, W.; Moreno-Torres, M. (2003). Evaluación neurocognoscitiva del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Perspectivas psicológicas*, 3 (4). Recuperado en <http://pepsic.homolog.bvsalud.org/>
- Álvarez-Uría, F. y Varela, J. (1994). *Las redes de la psicología*. Buenos Aires: libertarias prodhufi
- American Academy of Pediatrics/American Heart Association, (2008). Clarification of Statement on Cardiovascular Evaluation and Monitoring of Children and Adolescents With Heart disease Receiving Medications for ADHD. New York: Newswire Association, May.
- American Psychiatry Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. (4th ed.). Washington, DC: Autor

Andreassi, J. L. (2000). *Psychophysiology: Human Behavior & Psychophysiology Response* (4ta ed). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.

Báez, L. (2008). *Acercamiento a las inhabilidades del aprendizaje desde una neuropsicología compleja. Examen de Candidatura. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.*

Bauermeister, J. (2008). ¿Qué sabemos acerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en Puerto Rico? Recuperado en:

<http://www.atenciondrbauer.com/tdah/tdahpr.html>

Berger, P. & Luckman, T. (1967). *Introducción: El problema de la sociología del conocimiento, en La Construcción social de la realidad.*-1ra edición, 19ª reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu.

Birch, H. (1964) & Belmont, L. Auditory-Visual Integration in Brain-Damaged and Normal Children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 7 (2), p. 135-144

Bond & Smith (1935). The neurobiology of attention deficit/hyperactivity disorder. En Eisenberg,

L. (2007). Commentary with a historical perspective by a child psychiatrist: When “ADHD” was the “Brain-Damaged Child”. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 17 (3) 279-283

Braunstein, N., Pasternac, M., Benedito, G. y Saal, F. (1990) *Psicología, Ideología y Ciencia. México: Siglo XXI*

Burman, E. (1995). Los supuestos sobre la familia. En *La reconstrucción de la psicología evolutiva. Madrid: Visor.*

Delgado, I. (2008, diciembre). Enfermedades para la venta. Para darle nuevos usos a los medicamentos que han perdido la patente, la industria ha “creado” nuevas enfermedades. *El Nuevo Día*, p. 8

Donzelot, J., Cadalso, J. y Deleuze, G. (1991) *La policía de las familias. Valencia: Pretextos.*

Eisenberg, L. (2007). Commentary with a historical perspective by a child psychiatrist: When “ADHD” was the “Brain-Damaged Child”. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 17 (3) 279-283

Elkins, D. (2007). Empirically supported treatments: The deconstruction of a myth. *Journal of Humanistic Psychology*, 47 (4) 474-500

Figueroa, I. (2009, mayo). El Manejo Integral del Síndrome de Déficit de Atención. *Revista Salud al Día*, 10 (7), 4-5

Flapper, B. & Schoemaker, M. (2008). Effects of methylphenidate on quality of life in children with both developmental coordination disorder and ADHD. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 50 (4) 294–299

- Foucault, M. (1973). La verdad y las formas jurídicas. Primera conferencia. Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro: 21 y 25 de mayo.
- Foucault, M. (1977). El nacimiento de la clínica. México, DF: Siglo Veintiuno.
- Gergen, K. J. (1985). Constructing reality. Paris: Seuil's Edition
- Gergen, K. (2001). The saturated self, Dilemmas of identity in contemporary life, 2nd ed. New York: Basic Books
- González, H. & Pérez, M. (2007). Psicofarmacología: Estado de la Cuestión. En La invención de trastornos mentales: ¿Escuchando al fármaco o al paciente? Madrid: Alianza Editorial.
- Ibáñez, T. (2001). Psicología Social Construccionalista. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Illich, I. (1997). Profesiones inhabilitantes. En González, H. & Pérez, M. (2007). Psicofarmacología: Estado de la Cuestión. En La invención de trastornos mentales: ¿Escuchando al fármaco o al paciente? Madrid: Alianza Editorial.
- Jackson, D. & Peters, K. (2008). Use of drug therapy with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): maternal views and experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (20) 2725–2732
- James, W. (1950). Attention. En *Principles of Psychology*. (Vol. 1). New York: Dover Publications. (Trabajo original publicado en 1890)
- Kaplan, E. (1989). A process approach to neuropsychological assessment. En T. Boll & B. Bryant (Eds.), *Clinical neuropsychology and brain function: Research, measurement and practice* (pp. 89-110). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kramer, L. (1966). *Psiquiatría Infantil*. Buenos Aires: Paidós- Psique. Primera edición castellana.
- Knobloch, H. & Pasamanick, B. (1959). Syndrome of minimal cerebral damage in infancy. En Birch, H. (1964) & Belmont, L. *Auditory-Visual Integration in Brain-Damaged and Normal Children*. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 7 (2), p. 135-144
- Lerner, M. & Wigal, T. (2008). Long-term Safety Stimulant Medications Used to treat Children with ADHD. *Pediatric Annals*, 37 (1), 43-59
- López-Luengo, B. (2001). Orientaciones en rehabilitación cognitiva. *Revista de Neurología*, 33 (4), 282-287. Recuperado en <http://www.neurología.es/index.php>
- Luria, A. (1982). El cerebro en acción. República de Cuba: Editorial Pueblo y Educación.
- Marracino, C. (2009). Tendencias en la atención médica y cambios en la concepción de la calidad. Buenos Aires, Argentina: Fundación Avedis Donabedian.

- Martínez, J. & otros (2009). Disease mongering: el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, (11) 491-512
- Méndez, M. (2010). La farmacoterapia en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en escolares: Otras alternativas de tratamiento. Ensayo de Candidatura para el Grado Doctoral. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Puerto Rico. Recinto de Río Piedras.
- Méndez, M. (2009). El uso de la categoría “trastorno mental” en el Sistema de Clasificación Diagnóstico en Puerto Rico: Acercamiento historiográfico. Disertación Doctoral. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Puerto Rico. Recinto de Río Piedras.
- Parker, I. (1995). *Madness and modernity*. En *Deconstructing Psychopathology*. London: Sage.
- Pelham, W. (1999). The NIMH Multimodal Treatment Study for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Just say yes to drugs alone? *Canadian Journal of Psychiatry*, (44) 81-990
- Perrone, M. (2009, junio). Insisten en el uso de fármacos para el TDAH. Pese a estudio que apunta a que éstos incrementan el riesgo de muerte súbita. *El Nuevo Día*, p. 50
- Ramos, A. (2009). Evaluación e intervención de los procesos cognitivos relacionados a las inhabilidades del aprendizaje desde la neuropsicología lariana. Examen de Candidatura. Universidad de Puerto Rico. Recinto de Río Piedras.
- Rivera Mass, E., Fernández Cornier, N., Torres Rivera, A. & Parrilla Cruz, C. (2009). Análisis de Salud de Puerto Rico, Salud Mental. Recuperado en [www.tendenciaspr.com/Salud/salud\\_mental/analissaludmental.pdf](http://www.tendenciaspr.com/Salud/salud_mental/analissaludmental.pdf)
- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, (15) 113-118.
- Sumaza, I. (2008). Breve historia de la psicología escolar en Puerto Rico. San Juan, PR: Universidad Interamericana.
- Schwartz, J. M. & Olson, R. P. (2003). *The mind and the brain: Neuroplasticity and the power of mental force*. New York: Harper Collins.
- Strauss, A. & Werner, H. (1942). Remedial and Spetial Education. En Eisenberg, L. (2007). Commentary with a historical perspective by a child psychiatrist: When “ADHD” was the “Brain-Damaged Child”. *Journal of Child & Adolescent Psychofarmacology*, 17 (3) 279-283.
- Tripp, G. & Wickens, J. (2008). Dopamine transfer deficit: a neurobiological theory of altered reinforcement mechanisms in ADHD. *Okinawa: Okinawa Institute of Science and Technology*, 26 (3) 691–704
- Vitiello, B. (2008). Improving decision making in the treatment of ADHD. *Washington: The American Journal of Psychiatry*. 165 (6) 1329-1337

Walzer, S. & Wolff, P. (1973). *Minimal brain dysfunction in children*. New York: Stratton.

Watson, J. (1972). *El Conductismo*. Paidós: Buenos Aires.

YC So, C. Leung, P. & Hung, S. (2008). Treatment effectiveness of combined medication/behavioural treatment with Chinese ADHD children in routine practice. *Oxford: Behaviour Research and Therapy*, 46 (9) 983-992.