

## MANIFIESTO DE ASMI A FAVOR DE UN ENFOQUE PSICOPATOLÓGICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD (TDA/H)

Durante los últimos años se están produciendo algunas situaciones clínicas y sociales preocupantes: ha aumentado de forma alarmante la cantidad de niños diagnosticados como Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad y se ha llegado a suponer este trastorno en todo niño que tiene dificultades de aprendizaje o de conducta.

Ante esta situación, ASMI ha visto la necesidad de pronunciarse y posicionarse frente a este hecho tan alarmante en el que tantos niños son inadecuadamente diagnosticados y tratados.

Trataremos de sintetizar en este manifiesto el trabajo realizado por nuestro compañero de ASMI, el Dr. Juan Larbán, publicado por la Fundación Orienta de Barcelona y accesible gratuitamente en su Web, en el apartado de publicaciones digitales. Desde aquí, se puede acceder a dicho artículo mediante los enlaces siguientes:

<http://www.fundacioorienta.com/index.php>

<http://www.fundacioorienta.com/pdf/Practica%20clinica%20en%20el%20trastorno%20por%20deficit%20de%20atencion.pdf>

### MANIFIESTO

**No tener en cuenta un enfoque psicopatológico**, como ocurre en las clasificaciones diagnósticas vigentes actualmente, (DSM y CIE) fundamentadas en criterios estadísticos, de tipo descriptivo, elaboradas mediante consenso no clínico de expertos, sin un modelo psicológico del desarrollo humano, nos imposibilita comprender cómo, cuándo y por qué se produce en un momento dado y contexto determinado, una desviación psicopatológica del desarrollo normal de un sujeto con una personalidad y funcionamiento mental específicos. Esto nos lleva a una confusión y deriva diagnóstica que tiene como consecuencia una cuestionable práctica clínica con errores graves e importantes en la forma de comprender y tratar los trastornos mentales. El sufrimiento, así como la complejidad del ser humano y de su funcionamiento psíquico-emocional, se ven así limitados a concepciones reduccionistas y simplistas, basadas en concepciones pseudocientíficas de lo biológico, psicológico, social y genético que nos constituye, presentándonos como sujetos sin subjetividad, sometidos al imperio biológico y neuroquímico de nuestro cerebro, como si nuestro organismo funcionase de una forma independiente, aislada y separada de lo que somos, de lo que hacemos y de cómo vivimos con lo que somos y hacemos.

Como paradigma de esta práctica clínica que criticamos, vamos a sintetizar nuestra posición con respecto a lo que ocurre con el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H).

Pese a la divulgación de múltiples trabajos y guías de consenso, fundamentalmente anglosajonas, que se autodefinen como basadas en la evidencia, que postulan criterios de homogeneización del diagnóstico y de su tratamiento, las controversias en torno a la cuestión persisten. Además de que se está proponiendo la necesidad de introducir cambios en los criterios diagnósticos actuales, e incluso la conveniencia de modificar la denominación actual del trastorno en próximas ediciones del DSM, se debate, entre otras cosas: si es un trastorno sobrediagnosticado o infradiagnosticado; si se está medicalizando excesivamente o si altos porcentajes de casos quedan sin tratar; si están justificadas las advertencias sobre la gravedad del trastorno y las consecuencias de no tratarlo o si hay en ello un alarmismo exagerado e injustificado; se discute a qué especialidad médica corresponde la responsabilidad profesional del diagnóstico y tratamiento de los afectados. Y, simultáneamente, los servicios tanto de atención primaria como de atención especializada se saturan con demandas crecientes de consultas e intervenciones por este trastorno.

En los últimos años se han dado a conocer numerosas investigaciones que identifican correlaciones de diferente naturaleza con el TDA/H. Se trata de patologías físicas, reacciones a terapias medicamentosas, condicionamientos ambientales de varios tipos, embarazos desfavorables, trastornos psicopatológicos de diverso grado y naturaleza pero que, por presentar una sintomatología semejante o compatible con la que se describe como TDA/H, obtienen, en función de este criterio, el mismo diagnóstico. No es pues de extrañar que la forma de diagnosticar hoy día el TDA/H genere de hecho gran confusión, despistando a aquellos médicos y psicólogos que omiten realizar una investigación exhaustiva del conjunto de factores etiológicos y patogénicos intervinientes, con un daño potencialmente importante para la salud de los menores. Para evitarlo, sería interesante plantearse las siguientes preguntas: todas las correlaciones que pueden observarse asociadas ¿pueden ser interpretadas como causas? ¿Podemos considerar como hipótesis que la sintomatología del TDA/H sea en realidad una constelación inespecífica de síntomas, indicadores de un desequilibrio de la persona, que remite a factores causales de la más variada naturaleza? ¿Podremos abolir algún día la forma de diagnosticar que solamente etiqueta y trata con psicofármacos el TDA/H, con la carga ideológica que eso presupone?

**Este es el verdadero desafío que tenemos frente a nosotros**, una hipótesis que merece toda la atención científica que seamos capaces de aportar, una forma diferente de ejercer la práctica clínica y una aproximación éticamente distinta de la que propone la utilización de psicofármacos con niños y adolescentes. Psicofármacos que sólo se deberían indicar en casos excepcionales, con máxima cautela y como último recurso en situaciones extremas, a fin de prevenir y contener los posibles riesgos de abusos a medio y largo plazo, como aquellos que, en no pocas ocasiones aparecen documentados en la literatura científica que se desprende de fuentes confiables de información (Consenso Internacional ADHD o TDA/H y abusos en la prescripción de psicofármacos a menores, 2005).

**La controversia generada sobre este tema debería suscitar entre nosotros un debate** que pueda utilizarse como un espacio para reflexionar, al menos por tres motivos: por su importancia clínica, por su relevancia social y porque puede servir para valorar el uso que hoy se está haciendo tanto de la “medicalización de la vida cotidiana” como de la “medicina basada en la evidencia, término este último que tendría que ser sustituido por “indicios”, “pruebas” ¿No habría que decir más bien, “asistencia basada en pruebas”? Lo que está ocurriendo con el TDA/H es un buen caso para plantearse: ¿O es que no vale la pena plantearse la eficacia y eficiencia, oportunidad, seguridad y demás indicadores de los componentes psicológicos y psicosociales de nuestra asistencia? (Tizón, 2007).

**Los medios de comunicación** hablan del tema como si se tratara de una 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, incluso cuando muchísimos de esos niños exhiben una perfecta capacidad de concentración cuando se trata de algo que les interesa poderosamente (Armstrong, 2000).

En cuanto a la **influencia del contexto familiar, escolar y social sobre la incidencia del TDA/H**, cabe preguntarse: ¿Los niños desatentos e hiperactivos dan cuenta de algo de lo que ocurre en nuestros días? Padres desbordados, padres deprimidos, docentes que quedan superados por las exigencias, un medio en el que la palabra ha ido perdiendo valor y normas que suelen ser confusas, ¿incidirán en la dificultad para atender en clase? (Duché, 1996; Fernández, 2000; Golse, 2003; Fournieret, 2004; Jensen, 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

muy pequeños, con la televisión y la computadora, donde los mensajes suelen durar unos pocos segundos, con predominio de 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 habituado (Golse, 2001; Jensen, 1997; Armstrong, 2000; Diller, 2001).

Vivimos en un mundo permanentemente cambiante, en el que es notoria la aceleración del tiempo. Hay que correr con el temor de "quedarse afuera". ¿Qué sensación de desvalimiento, de exigencia excesiva, de insatisfacción, puede generar el hacer partícipes a los niños de nuestra propia aceleración? Se espera que demuestren cotidianamente sus posibilidades como futuros productores a través de su rendimiento escolar, de las posibilidades competitivas, de la multiplicidad de saberes que se les imponen. En la era de la productividad, el niño ha pasado a ser, él también, medido con esa vara. Todo está pautado, hasta el jugar... ¿No se confundirá al niño con un adulto en pequeño? Y el juego, como posibilidad creativa y ocupación fundamental del niño, ¿qué lugar ocupa? (Janin, 2007).

Un Manual como el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association en sus diferentes versiones), que no toma en cuenta la historia, ni los factores desencadenantes, ni lo que subyace a un comportamiento, obstruye las posibilidades de pensar y de interrogarse sobre lo que le ocurre a un ser humano. Esto atenta contra el derecho a la salud, porque cuando se confunden signos y síntomas con patologías, se dificulta la realización del tratamiento adecuado para cada paciente. Además, con el argumento de una supuesta posición ateorica, el DSM responde a la teoría de que lo observable y cuantificable puede dar cuenta del funcionamiento humano, desconociendo la profundidad y complejidad del mismo, así como las circunstancias histórico-sociales en las que pueden suscitarse ciertas conductas. Más grave aún, tiene la pretensión de hegemonizar prácticas que responden a intereses que poco tienen que ver con los derechos de los niños y sus familias (Manifiesto en favor de una Psicopatología Clínica y no estadística, 2011).

Esto supone un grave peligro para la clínica de las sintomatologías psíquicas, promoviendo que los nuevos clínicos estén deliberadamente formateados que no formados, en la ignorancia de la psicopatología clásica, pues, ésta responde a la dialéctica entre teoría y clínica, entre saber y realidad. Psicopatología clínica que ya no se enseña en nuestras facultades ni en los programas de formación de los MIR (Médico Interno y Residente) y PIR, (Psicólogo Interno y Residente), cosa que no ocurre con el Máster y Doctorado oficiales en Psicología y Psicopatología perinatal e infantil, creados y organizados por ASMI WAIMH-España junto a la Universidad de Valencia, <http://www.asmi.es/>

A los MIR y PIR se les alecciona en el paradigma de la indicación... farmacológica: universalización prescriptiva para todos y para todo, que en nada se diferencia de una máquina expendedora de etiquetas y dispensadora de medicación. El resultado que denunciamos es un desconocimiento de los fundamentos de la psicopatología, una ceguera importante a la hora de explorar a los pacientes y, en consecuencia, una limitación más que considerable a la hora de diagnosticar y por ende, tratar al paciente. **No olvidemos que un diagnóstico acertado es lo que permite un tratamiento adecuado.**

En la práctica asistencial actual conviven diferentes modelos de conceptualización en cuanto a la naturaleza y etiopatogenia del trastorno que reflejan criterios y hábitos diagnósticos, así como terapéuticos, con diferentes puntos de convergencia y de divergencia.

Las diversas prácticas pueden agruparse en dos estilos de comprensión y de intervención:

- **El modelo fisiológico con el que no estamos de acuerdo** considera que el TDA/H es un síndrome unitario caracterizado por una tríada sintomática (hiperactividad, déficit de atención, impulsividad), no siempre presentada completa; afirma la naturaleza neurobiológica del trastorno y busca, hasta ahora sin éxito, marcadores biológicos que confirmen esta hipótesis etiológica. En consecuencia postula, aunque no descarta otras intervenciones, un tratamiento necesariamente farmacológico (exclusiva o muy mayoritariamente del tipo psicoestimulantes y, sobre todo en nuestro país, el metilfenidato) dirigido a disminuir los síntomas y a facilitar la aplicación de otras medidas terapéuticas. La coexistencia muy frecuente de otros problemas psicológicos es considerada como una comorbilidad de carácter psicopatológico, añadida o asociada pero no causal, que justificaría secundariamente otras intervenciones de tipo psicológico o psiquiátrico.
- **El modelo psicopatológico con el que sí estamos de acuerdo** considera el TDA/H como la manifestación de un conjunto de síntomas vinculados a diferentes componentes etiopatogénicos y a diferentes organizaciones de la personalidad con diversos tipos de funcionamiento mental. Entiende que los factores psicológicos y psicopatológicos, además de implicar un gran sufrimiento y malestar, tienen un papel determinante en las manifestaciones del TDA/H, y no son sólo comorbilidades sobreañadidas a un trastorno neurológico puro. Postula que esta variedad y complejidad clínica necesita abordajes terapéuticos múltiples que no pueden limitarse exclusiva y principalmente a la administración de fármacos y que deben incluir ayudas especializadas e individualizadas de tipo psicológico, familiar y escolar, en todos los casos.

Aunque ambos modelos no se corresponden sistemáticamente con especialidades concretas, se puede intuir que se están configurando, correlativamente a estos dos modelos de comprensión, dos estilos de intervención: uno más común en el entorno «neuro-pediátrico» y otro más común en el entorno «psicológico-psiquiátrico».

**Desde una visión integradora de los dos modelos de abordaje del TDA/H (fisiológico y psicopatológico)**, lo que ha sido considerado hasta ahora por el modelo fisiológico y fisiopatológico como co-morbilidades, es decir patologías secundarias asociadas al trastorno de base, podría verse como manifestaciones de entidades clínicas asociadas a factores etiológicos y patogénicos diferentes que, por tanto, requieren de tratamientos específicos diferentes. Esta comprensión clínica y enfoque psicopatológico pondría de relieve la importancia del diagnóstico basado no solamente en el abordaje multifactorial y relacional del trastorno sino, también, lo fundamental de un diagnóstico diferencial que permita, siguiendo criterios de inclusión y de exclusión, afinar y acertar en el diagnóstico, asegurando así, un adecuado tratamiento.

No olvidemos que los malestares psíquicos son un resultado complejo de múltiples factores, entre los cuales las condiciones socio-culturales, la historia de cada sujeto, las vicisitudes de cada familia y los avatares del momento actual se combinan con factores constitucionales dando lugar a un resultado particular.

La psicopatología toma ante todo, como objeto de estudio, el sistema de representaciones internas del niño, su funcionamiento, su lógica, sus secuencias y sus significados. Postula que todo niño, independientemente de la gravedad de su estado, es portador de una vida psíquica propia y que su trastorno psíquico se encuentra dentro de un sistema que posee su propia coherencia interna, organizando sus modalidades de relación. También está estudiando el vínculo intersíquico establecido entre el niño y sus padres: la naturaleza de las proyecciones, de las investiduras, de los escenarios de fantasía compartida entre ellos. La psicopatología, sin ser causalista, no por ello concede un papel menor en el curso evolutivo de la afección a lo que acontece entre padres e hijos a través de este vínculo. La comprensión psicopatológica sitúa al niño en su contexto familiar y socio-educativo. Tiene en cuenta las múltiples deficiencias del entorno social o el peso de los acontecimientos que marcan su vida.

El abordaje psicopatológico es muy sensible con los análisis del funcionamiento psíquico y su inclusión en las estrategias terapéuticas. El uso de psicofármacos en niños y adolescentes debe ser parte de esta visión de conjunto. Es, desde esta perspectiva, que la psicopatología ayudará a comprender mejor el impacto de los

medicamentos psicotrópicos en los procesos psíquicos. La psicopatología permite que cada uno tenga una representación personal, no reduccionista, de las preocupaciones del niño, de sus inquietudes, de sus expectativas, y de su capacidad para acoger las aportaciones terapéuticas. Es una herramienta teórica y práctica, viva, dinámica y abierta a las contribuciones externas que permitan la comprensión del funcionamiento mental en su complejidad y diversidad (Manifiesto a favor de un abordaje psicopatológico del funcionamiento mental, 2010).

Los profesionales que valoramos la importancia de la psicopatología como herramienta indispensable para la comprensión, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, defendemos la existencia de un modelo sanitario, donde la palabra sea un valor a promover y donde cada paciente sea considerado en su particularidad. La defensa de la dimensión subjetiva implica una confianza en lo que cada uno pone en juego para tratar aquello que en él mismo se revela como insoportable, extraño a sí mismo, pero sin embargo, familiar. Además, manifestamos nuestra repulsa a las políticas asistenciales que persiguen la seguridad en detrimento de las libertades y los derechos; a las políticas que, con el pretexto de las buenas intenciones y de la búsqueda del bien del paciente, lo reducen a un cálculo de su rendimiento, a un factor de riesgo o a un índice de vulnerabilidad que debe ser eliminado, poco menos que a la fuerza.

Para cualquier disciplina, la aproximación a la realidad de su objeto de estudio se hace a través de una teoría. Este saber limitado no tendría que confundirse con La Verdad, pues supondría actuar como una ideología o religión, donde cualquier pensamiento, acontecimiento o incluso el lenguaje utilizado, está al servicio de forzar el vínculo entre saber y verdad.

Todo clínico con un cierto espíritu científico sabe que su teoría es una herramienta de acercamiento a una realidad siempre más plural y cambiante, y donde las categorías encontradas han de dejar espacio a la manifestación de esa diversidad, permitiendo así una ampliación tanto teórica como práctica. Esta concepción se opone a la idea de que obligatoriamente y prescriptivamente las cosas son y han de funcionar de determinada manera.

A partir de la reciente publicación del interesante e importante artículo "Psychopathology as the basic science of Psychiatry" de Stanghellini y Broome (2014), así como de este otro artículo de Catone, Lindau y Broome, "Phenomenological psychopathology as a core science for Psychiatry" (2014), los editoriales del prestigioso British Journal of Psychiatry consideran en su artículo editorial que lleva por título "La indispensable psicopatología" que esta disciplina científica debería constituir "el corazón de la psiquiatría". Dicen en su artículo

editorial, firmado por el Dr. Alain Cohen, que su enseñanza debería ser el pasaje obligado para la formación de los profesionales de la salud mental y un elemento clave compartido por los clínicos e investigadores en este ámbito.

**Retomando las palabras de Roger Misès sobre el TDA/H**, “este trastorno está fundado sobre una colección de síntomas superficiales, invoca una etiopatogenia reductora que apoya un modelo psicofisiológico, lleva a la utilización dominante o exclusiva del metilfenidato, la presencia de una comorbilidad es reconocida en casi los dos tercios de casos, pero no se examina la influencia que los problemas asociados pueden ejercer sobre el determinismo y las expresiones clínicas del síndrome. Finalmente, los modos de implicación del entorno familiar, escolar y social no son ubicados más que como respuestas a las manifestaciones del niño, nunca como implicados en su producción” (Misès, 2001).

**Existe una generalización abusiva de este diagnóstico**, y es en este momento en donde no podemos dejar de preguntarnos si estos niños desatentos e hiperactivos ¿pueden ser unificados en un diagnóstico único?

**Creemos que no**, ya que como sostiene Beatriz Janin, “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... hay una gran variedad de niños desatentos. Y quizás cada uno de ellos tenga sus motivos particulares para no “atender” en clase. O atiendan de modos diferentes y a otras cuestiones diferentes a lo esperable” (Janin, 2004).

**Pensamos que es fundamental diagnosticar a partir de un análisis detallado de lo que el sujeto dice, de sus producciones y de su historia**. Desde esta perspectiva, el diagnóstico es algo muy diferente a poner una etiqueta; es un proceso que se va construyendo a lo largo del tiempo y que puede tener variaciones (porque todos vamos teniendo transformaciones).

**En relación a los niños y a los adolescentes, esto cobra una relevancia fundamental**. Es central tener en cuenta las vicisitudes de la constitución subjetiva y el tránsito complejo que supone siempre la infancia y la adolescencia, así como la incidencia del contexto. Existen así estructuraciones y reestructuraciones sucesivas que van determinando un recorrido en el que se suceden cambios, progresiones y retrocesos. Las adquisiciones se van dando en un tiempo que no es estrictamente cronológico.



Un etiquetamiento temprano enmascarado de “diagnóstico” produce efectos que pueden condicionar el desarrollo de un niño, en tanto el niño se ve a sí mismo con la imagen que los otros le devuelven de sí, construye la representación de sí mismo a partir del espejo que los otros le ofrecen. Y a su vez, los padres y maestros lo mirarán con la imagen que los profesionales le den del niño. Por consiguiente, un diagnóstico temprano puede orientar hacia el camino de la cura de un sujeto o transformarse en invalidante. Esto implica una enorme responsabilidad para aquél que detecta o diagnostica un trastorno mental en un niño (Consenso de expertos del área de salud acerca del llamado “Trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad”, 2006).

El diagnóstico clínico psicopatológico del niño con TDA/H se basa en la conducta observada en la interacción con el niño y los padres. La interpretación de la función y significación de una conducta alterada, ausente o retrasada, depende de una sólida base de conocimiento clínico. La experiencia del profesional es muy importante. Sin embargo, en un primer momento hay que considerar que el diagnóstico sea una hipótesis que tiene que someterse sistemáticamente a prueba. Es importante hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos similares y, si la situación lo requiere, se hará un diagnóstico interdisciplinar. Se tendrá que escuchar ampliamente a la familia y observar cuidadosamente al paciente interactuando con ellos. Se harán pruebas psicológicas, se pasarán escalas de evaluación, si se considera necesario. Se elaborará una historia biográfica y clínica del curso del trastorno desde el comienzo, además de la historia evolutiva del niño y de su familia. Así puede diagnosticarse el TDA/H de forma bastante fiable.

Sin ese necesario diagnóstico diferencial basado en la interacción con el niño y su familia, corremos el riesgo de tratar como TDA/H a niños que 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, 2003; Janin, 2004).

Considerar el TDA/H como una enfermedad o trastorno exclusivamente biológico-cerebral siguiendo el modelo médico nos lleva a la aplicación del esquema siguiente: “una enfermedad o trastorno neurobiológico-una causa-un tratamiento farmacológico”.

Consideramos como peligrosa la idea de que el diagnóstico puede ser hecho por padres y/o maestros, a partir de cuestionarios y como si fueran observadores no implicados. Sin embargo, sabemos que todo observador está comprometido en lo

que observa, formando parte de la observación. Estando los padres y los maestros implicados en la problemática del niño, ¿Pueden ser lo suficientemente objetivos? (Ya a comienzos del siglo XX el físico Heisenberg planteó que el observador forma parte del sistema). Además, 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.

No se debe diagnosticar el TDA/H basándose únicamente en escalas observacionales, aunque pueden ser herramientas útiles en el proceso diagnóstico y en el establecimiento de un plan terapéutico (Guía TDA/H de Castilla La Mancha-Centro, 2010).

Cuando el diagnóstico se realiza generalmente en base a cuestionarios administrados a padres y/o maestros, el tratamiento que se suele indicar es: medicación y modificación conductual.

El resultado es que los niños son medicados desde edades muy tempranas, con una medicación que no cura (se les administra de acuerdo a la situación, por ejemplo, para ir a la escuela) y que en muchos casos disimula sintomatología grave que hace eclosión a posteriori, o encubre deterioros que se profundizan a lo largo de la vida. En otros casos, ejerce una pseudo regulación de la conducta dejando a su vez librado al niño a posteriores impulsiones adolescentes debido a que no ejerce modificaciones de fondo sobre las motivaciones que podrían regularlas, dado que tanto la medicación 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 bucear en su psiquismo, en sus angustias y temores (Bleichmar S, 1998; Gaillard, 2004; Lasa, 2001).

Es decir, lo primero que se hace es diagnosticarlo de un modo invalidante, con un "déficit" de por vida; luego se le medica y se intenta modificar su conducta. Así, se rotula, 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, 2005; Janin, 2004; Rodulfo, R, 1992; Breeding, 1996).

Aunque los medios científicos hablan de las contraindicaciones de las diferentes medicaciones que se utilizan en estos casos (Carey, 1999, 2000; Diller, 2003), llama

la atención la insistencia con la que los medios de comunicación informan del consumo de medicación como indicación terapéutica privilegiada frente a la aparición de estas manifestaciones.

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 con psicosis, así como consecuencias tales como retardo del crecimiento (Goodman y Gilman, 1995; Baughman, 2001).

El Departamento de Salut de la Generalitat de Catalunya hace una valoración e indicación importante sobre el tratamiento farmacológico del TDA/H: “el metilfenidato y la atomoxetina se han asociado a efectos adversos graves, como trastornos cardíacos y psiquiátricos, y pueden producir retraso de crecimiento a largo plazo. Los riesgos de estos fármacos refuerzan la necesidad de una valoración cuidadosa de la relación beneficio-riesgo en esta población y justifican restringir su uso a casos muy especiales” (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2010).

Con respecto a la forma de utilizar la medicación, podemos preguntarnos lo siguiente, la medicación dada para producir efectos de modo inmediato (efectos que se dan de forma mágica, sin elaboración por parte del sujeto), considerada como necesaria durante largo tiempo, ¿no desencadena adicción psíquica al considerar la medicación como modificadora de actitudes vitales y generadora de buen rendimiento y comportamiento? (Tallis, 2004; Keirse, 1998).

A pesar de que los medios científicos hablan de todas estas contraindicaciones, se sigue asociando el suministro y consumo de medicamentos como la terapéutica central para niños y adolescentes. Mientras tanto, los laboratorios facturan cifras millonarias. Actualmente parecería ser mucho más sencillo proponer una medicación (a veces solicitada por los padres) que promover una modificación en la dinámica familiar. En este momento podríamos preguntarnos ¿por qué los padres aceptan sin preocupación aparente la administración de estos medicamentos? ¿Evitaría esto preguntarnos qué le está pasando a este niño? ¿Evitaría esto cuestionarnos nuestro papel? Preguntas... que solo tienen como función actuar como disparadores para pensar en esta problemática.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta ahora, nuestra posición respecto a la toma de este tipo de medicación en el caso del TDA/H, es la siguiente.

- Estamos en contra de su uso excesivo, frecuente, continuado e indiscriminado, tanto más en niños menores de 6 años.
- La medicación, que nunca tendría que ser un tratamiento exclusivo y excluyente, cuando esté correctamente prescrita y administrada tras un acertado diagnóstico, tendría como principal objetivo el facilitar y potenciar la relación terapéutica y educativa, tomándola durante un tiempo limitado, y cuando no se pueda obtener esos resultados que se buscan con la medicación, por otros medios. La opción farmacológica debería ser el último recurso y debería ser utilizada durante el menor tiempo posible.
- La medicación bien indicada y prescrita a la dosis y duración adecuada, así como las diferentes medidas psicoterapéuticas, educativas, psicomotoras, psicopedagógicas y rehabilitadoras que podrían ser necesarias para paliar los déficits producidos por las secuelas cognitivas y relacionales que son la consecuencia de la agravación y cronificación del trastorno, tendrían que coordinarse, complementarse, integrarse y supeditarse a la dinámica relacional subyacente entre paciente, familia y terapeuta. De esta manera, evitaríamos la instrumentalización de la técnica terapéutica, poniéndola al servicio de la relación terapéutica y/o educativa, que es lo fundamental en el proceso terapéutico.

Para terminar nuestra exposición, mencionaremos a Sroufe (2012), que nos aporta la siguiente e interesante reflexión: “la ilusión de que los problemas de conducta de los niños pueden curarse con fármacos nos evita que, como sociedad, tratemos de buscar las soluciones más complejas, que serían necesarias. Los fármacos sacan a todos –políticos, científicos, terapeutas, maestros, padres– del apuro. A todos, excepto a los niños”.

## BIBLIOGRAFÍA

- Armstrong, Th. (2000). *Síndrome de Déficit de atención con o sin Hiperactividad - ADD/ADHD. Estrategias en el aula*. Buenos Aires, Paidós.
- Baughman, F. A. (2001). Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, To the Editor, *Paediatrics*, Vol. 107 No. 5, p, 1239.
- Berger, M. (2005). *L'enfant instable - Approche clinique et thérapeutique*, París, Dunod, 2ª ed. Primera, ed. 1999.
- Bleichmar, S. (1998). *Sobre el comportamiento y la acción en los trastornos hiperkinéticos. Ensayos y experiencias N° 25*, Buenos Aires, Novedades Educativas.
- Breeding, J. (1996). *The Wildest Colts Make the Best Horses: the truth about Ritalin, ADHD and other disruptive behaviour disorders*, Bright Books, Inc.
- Carey, W.B. (1999). MD Division of General Paediatrics Children's Hospital of Philadelphia, Problems in Diagnosing Attention and Activity, *Paediatrics*, Vol. 103 No. p, 664-666.
- Carey, W.B. (2000). What the Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Did and Did Not Say About the Use of Methylphenidate for Attention Deficit, *Paediatrics*, Vol. 105 No. 4, p, 863-864.
- Catone, G., Lindau, J. F. y Broome, M.R. (2014). Phenomenological psychopathology and the neurosciences, *Journal of Psychopathology*, 20, p, 358-365.
- Consenso de expertos argentinos del área de la salud sobre el llamado "Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad" (2006). Recuperado en:  
[http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1851/Consenso\\_salud.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1851/Consenso_salud.pdf?sequence=1)
- Consenso Internacional ADHD o TDA/H y abusos en la prescripción de psicofármacos a menores (Italia, enero de 2005). Recuperado en:  
<http://www.giulemanidaibambini.org/consensus/?ln=es>
- Diller, L. (2001). Coca-Cola, McDonald's et Ritaline, en: *Enfances Psy*, N° 14, París, Érès.
- Diller, L. (2003). What You Should Do When Someone Tells You: "May be Your Child Has ADD and Needs Ritalin" Internet.
- Duché, D. J. (1996). *L'enfant hyperactif*. París, Elipses.
- Fernández, A. (2000). La sociedad "hiperkinética" y "desatenta" médica, lo que produce. *Revista E. Psi. B. A.* N° 10, p, 3-9, Buenos Aires.
- Fourneret, P. (2004). L'hyperactivité : histoire et actualité d'un symptôme, en Ménéchal, Jean y otros, *L'hyperactivité infantile. Débats et enjeux*, p, 7-26. Dunod, París
- Gaillard F. et al. (2004). Más allá de la hiperactividad: Un detallado análisis retrospectivo de 30 casos estudiados en la Clínica de Psicología de la Universidad de Lausanne, en *Revista Argentina de Neuropsicología* 2.

- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2010). Toxicidad de los fármacos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Butlletí de Farmacovigilància*, 8 (2), p, 5-7.
- Golse, B. (2001). L'enfant excitable. Système pare-excitation, système pare-incitation, en Touzin, Monique; Verdier-Gibello, Marie-Luce y otros, L'enfant excité, en *Enfances PSY* N° 14, 2001, Érès, París, p, 49-56.
- Golse, B. (2003). L'hyperactivité de l'enfant : un choix de société, en Fournieret, Pierre y otros, L'enfant instable, *Le Carnet Psy* N° 78, Editions Cazaubon, Boulogne, p, 26-28.
- Goodman y Gilman (1996). *Las bases farmacológicas de la terapéutica*, 9ª edición. Mc Graw-Hill. Interamericana, ed. en Español.
- Guía Clínica sobre el TDA/H en niños y adolescentes. *Comunidad de Castilla- La Mancha-Centro*. (2010). Recuperado en: <http://www.seypna.com/documentos/guia-tdah-isbn.pdf>
- Janin, B. (2004). ¿A qué atienden los niños desatentos? Un niño que se mueve demasiado, en Janin B, Frizzera O., Heuser C., Rojas M. C., Tallis J., Untoiglich G. *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*, Novedades Educativas, Buenos Aires, cap. 2 y 3.
- Janin, B. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Buenos Aires, Ed. Novedades Educativas. Recuperado en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/102\\_infanto\\_juvenil/material/desatentos\\_hiperactivos.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/102_infanto_juvenil/material/desatentos_hiperactivos.pdf)
- Janin, B. (2007). La construcción de la subjetividad y los diagnósticos invalidantes, en *Novedades Educativas*, año 18, n° 196. Recuperado en: <https://es.scribd.com/doc/115241197/TDAH-NINOS-Y-ADOLESCENTES-DE-HOY-LA-CONSTRUCCION-DE-LA-SUBJETIVIDAD-Y-LOS-DIAGNOSTICOS-INVALIDANTES>
- Jensen, P. S., Mrazek, David MD. et al. (1997). Evolution and Revolution in Child Psychiatry: ADHD as a Disorder of Adaptation, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, N° 36(12), p, 1672-1679.
- Keirse, D. (1998). *The Great A.D.D. Hoax*, Prometheus Nemesis.
- Lasa, A. (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la hiperactividad, *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, p, 5-81. Recuperado en: <http://www.seypna.com/articulos/hiperactividad-trastornos-personalidad-1/>
- Manifiesto internacional a favor de una psicopatología clínica que no estadística como en el DSM, (2011). Recuperado en: <http://stopdsm.blogspot.com.es/>

- Manifiesto de la AEPEA, *Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente*, a favor de un abordaje psicopatológico del funcionamiento mental, publicado en 2010. Recuperado en: <http://www.asmi.es/arc/doc/AEPEA-Manifiesto-Psicopatologia.pdf>
- Misès, R. (2001). Préface, en Ménéchal, Jean et al. *L'hiperactivité infantile. Débats et enjeux*, Dunod, París, p, 11-17.
- Rodulfo, R. (1992). *Estudios Clínicos*. Ed. Paidós, Buenos Aires Cap. 17: La vivencia de satisfacción y la patología grave temprana.
- Sroufe, A. (28 de Enero de 2012). Ritalin gone wrong. *The New York Times*, p, SR1.
- Stanghellini, G.. Broome MR. (2014). Psychopathology as the basic science of Psychiatry *Br. J. Psychiatry*, 2014: 205, p, 169- 170.
- Tallis, J. (2004). *Neurobiología y Trastorno por déficit de atención: mitos y realidades, en Niños desatentos e hiperactivos, Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*, Bs. As. Ed. Novedades Educativas.
- Tizón, J. L. (2007). El "niño hiperactivo" como síntoma de una situación profesional y social: ¿Mito, realidad, medicalización? *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*. M2, p, 23-30. Fundación Orienta. Barcelona. Recuperado en: [https://docs.google.com/file/d/0B1LMnkSwvLIMjFiZTA0ZWYtMGJkYS00ZTM\\_YLTkxNjYtZWZlMzExYmJjNWNj/edit?ddrp=1&hl=en#](https://docs.google.com/file/d/0B1LMnkSwvLIMjFiZTA0ZWYtMGJkYS00ZTM_YLTkxNjYtZWZlMzExYmJjNWNj/edit?ddrp=1&hl=en#)
- Touati, B. (2003). Hyperactivité : la fin de l'histoire...du sujet, en Fournieret, Pierre et al. *L'enfant instable, Le Carnet Psy* N° 78, Éditions Cazaubon, Boulogne, p, 20-24.