

SOCIEDAD ARAGONESA DE SALUD MENTAL

Integrada orgánicamente en la
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
(Profesionales de la Salud Mental)

Miembro de la World Psychiatric Association, de la World Federation
For Mental Health y de Mental Health Europe

MANIFIESTO SOBRE LA HIPERACTIVIDAD



La hiperactividad es un síntoma, una señal que impregna la conducta infantil determinando, de esta manera, un encuentro disruptivo, conflictivo y problemático del niño con el entorno. Con frecuencia el malestar social que genera, sobre todo en los ambientes escolares y familiares, además de la característica conducta del infante, camuflan lo más esencial de este síntoma: el sufrimiento de quien lo padece.

Si decimos síntoma, entonces hablamos de la manifestación o expresión de un problema subyacente; es decir del verdadero proceso, enfermedad o sufrimiento íntimo que desencadenan estas conductas que tanto contrastan con las de su entorno.

Las siglas TDAH se han hecho tristemente famosas al ser las iniciales de un síndrome –recordamos que llamamos así a un conjunto de síntomas y signos que suelen presentarse agrupados con independencia de su etiología; y que ésta puede ser distinta tanto para cada uno de aquellos como para cada sujeto que los presenta–, el llamado *trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, que es tal y como una determinada institución, la *Asociación Americana de Psiquiatría (APA)*, denomina de manera común a aquellos problemas de la infancia que cursan con hiperactividad, inatención e impulsividad, tres expresiones que podrían tener incluso una relación causa-efecto entre ellas o señalar diferentes cualidades del mismo fenómeno: la respuesta hiperactiva integrada de los espacios psíquico y biológico del niño en el entorno social.

Como hemos señalado, la hiperactividad es altamente disruptiva en una sociedad que acepta cada vez menos las diferencias individuales y asocia cada vez más la homogeneidad a paradigma de conducta normativa y adecuada, estando por tanto más perseguida y acotada. Esto en definitiva supone una reducción de las alternativas identitarias y conductuales de los individuos.

Al hecho de que, socialmente, a las enfermedades infantiles que cursan con la habitual hiperactividad –porque habitual y característica del mundo de la infancia es la respuesta hiperquinética a los diferentes daños y enfermedades– se las perciba como proceso o enfermedad única –“lo que le pasa es que no puede parar”– se le añade un planteamiento similar desde la clínica, determinado por un posicionamiento nosológico que incluso llega a jactarse de no ser argumentado –a este efecto no hay que olvidar que el manual diagnóstico de la APA desestima cualquier planteamiento etiopatogénico en beneficio de una presumible “objetividad”– En consecuencia, el resultado es que unos síntomas marcadamente inespecíficos se convierten lamentablemente en enfermedad definida en el sentido más deshumanizado del término, es decir, una etiología, una fisiopatología, un tratamiento; todo ello predeterminado y obviando las circunstancias particulares de cada sujeto.

Este hecho supone un abandono de la parte más inmensa del proceso, de todo aquello que trasciende a lo anecdótico, a lo contabilizado, a lo que falsamente se le denomina signo, cuando realmente no deja de ser meramente un síntoma del contexto, del entorno, del observador, del clasificador.

Sea aceptada o no esta exposición, cuyo interés no trasciende al de ofrecer un encuadre exclusivamente clínico basado en la tarea profesional de conseguir mejorar el estado de salud de nuestros pacientes, entendiendo a éstos como sistemas complejos en los que se producen fenómenos emergentes exclusivos de cada uno de los individuos, pasamos, con estos parámetros, a señalar de manera sucinta los siguientes puntos que interesan a los trastornos infantiles en general y, en especial, a los que cursan con hiperactividad:

Modelo biopsicosocial

Al igual que cualquier otra enfermedad del ser humano, ya sea somática o psíquica, pero siendo obligadamente minuciosos al añadirse elementos que determinan un incremento de fragilidad, como es el hecho de intervenir en niños y sobre el código emocional en el que desarrollan su vida afectiva, el abordaje debe hacerse indefectiblemente siempre desde el modelo biopsicosocial; en consecuencia, dando relevancia al contexto en el que el niño, su familia y las características de sus vínculos emocionales se hallan inmersos y desestimando, por tanto, que los factores biológicos sean los determinantes en exclusiva de la salud o enfermedad. Lamentablemente, nuestra experiencia nos dice que, pese a tener dicho encuadre un reconocimiento generalizado como paradigma en el trabajo clínico-asistencial, su práctica se encuentra por detrás y a mucha distancia de su enunciado, no equiparándose casi nunca los aspectos psicosociales a los abordajes farmacológicos.

Respuesta terapéutica

Por tanto, debemos evitar la mala praxis de tratar estos trastornos mediante una respuesta terapéutica mecánica como primera acción contra una enfermedad que se presenta reducida y cosificada en un síntoma –normalmente disrupción y fracaso escolar como demandas inaplazables y manifiestamente ansiosas, más del entorno familiar y escolar cuando no del ámbito judicial y de reforma, que del propio sujeto– exigiendo una supresión inmediata de aquello que no es más que la expresión de una complejidad patológica que obligadamente requiere mucha mayor minuciosidad, preparación y dedicación en su abordaje. Iniciar el tratamiento con un fármaco que tiene como misión acabar de forma fulminante con un síntoma, produce al menos dos efectos perjudiciales en los que, haciendo una sincera

reflexión crítica, también intervenimos, si se quiere involuntariamente, los clínicos:

- Por un lado suprime la razón de la búsqueda de asistencia, lo que falsamente hace del síntoma la enfermedad, descargando de interés la demanda, que quedará en manos de los entornos sociales y asistenciales, en dependencia de la actitud que tengan éstos para continuar o no con la necesaria labor terapéutica. El niño o la niña sufre entonces una agresión a su identidad, como *María* o *Pedro*, que es desplazada por la identificación de hiperactivo/a; así, lo que en un principio parece una solución, se convierte en semilla de complicaciones con las que se enfrentarán a medio y largo plazo. Un ejemplo de esto lo podemos ver con cierta frecuencia en pacientes que presentan una gran dependencia a la opinión de sus profesores, alineándose con ellos en la resistencia a abandonar la medicación, incluso en aquellos casos en los que resulta llamativamente cuestionable su indicación.
- Siempre que se utiliza una sustancia en un organismo debemos ser plenamente conscientes de que, si puede producir un efecto beneficioso, también puede provocar lo contrario y, al igual que no tenemos garantías de obtener una respuesta claramente positiva, tampoco las tenemos de que no vayan a producirse efectos dañinos, a veces gravemente perjudiciales. No lo sabemos y existe un riesgo contrastado de que se produzcan. Colocar en una balanza los beneficios y los perjuicios es un argumento muy manido que con frecuencia se utiliza sin considerar plenamente todas las posibles consecuencias. El metilfenidato, por ejemplo, en la actualidad medicamento de primera elección para el tratamiento farmacológico de la hiperactividad (en el contexto de la infancia, la primera elección debería ser siempre la no prescripción), puede provocar importante daño cardiocirculatorio, especialmente si existe alguna patología previa que ha podido incluso pasar inadvertida. A pesar de su absoluta necesidad, los estudios previos no se realizan en la mayoría de los casos y, ni siquiera existe un protocolo mínimo para su prescripción. Desde luego el capítulo es amplio si hablamos de posibles, conocidos o por conocer, efectos secundarios, sobre todo aquellos que se producen a largo plazo.

Estudio diagnóstico y abordaje familiar

El médico, que en los casos de hiperactividad pueden provenir de distintas especialidades –psiquiatras, neurólogos y pediatras entre otras–, debe saber contener y disociar su intervención de la demanda social, del componente ansiogénico del síntoma y, sobre todo, de la presión a nivel mundial de las multinacionales farmacológicas para imponer el medicamento.

Recientemente hemos constatado un estilo de propaganda para el uso del metilfenidato que entendemos ha sido elaborados por profesionales del marketing que contemplan elementos que también hemos señalado a lo largo de esta exposición, pero que son utilizados para intereses muy contrarios a los estrictamente hipocráticos con los que debemos manejar los profesionales de la sanidad: en el folleto aparece un mensaje dirigido a dos médicos jóvenes de mirada franca, hombre y mujer, que, a pie de sus fotografías, reza algo así como “Ud. doctor/a sí puede hacer algo por ese paciente” (lógicamente recetarle el fármaco milagroso). Evidentemente se busca provocar el *narcisismo sanandi* de los profesionales jóvenes, cosa factible sobre todo cuando el clínico no es muy experimentado, y que puenta y se antepone a algo absolutamente imprescindible que debería estar muy por delante de la intervención farmacológica: la exploración ampliada a la familia.

Diagnosis familiar

Debe incluir una exploración meticulosa, realizada por un clínico experimentado y solvente, de la

- Calidad del vínculo madre-hijo, su repercusión en el desarrollo emocional del niño y la implicación que esto tiene en las maneras de desenvolverse en sus diferentes entornos sociales. Para cualquier situación asistencial, en el examen psiquiátrico del niño, éste y sus padres constituyen una unidad, por lo que el concepto *paciente* lo conforman como mínimo los elementos *niño, padre, madre* y cada uno de los hermanos si los hubiera. Esta referencia de unidad compleja debe mantenerse a lo largo de la evolución del proceso, por lo que los cambios y variaciones que se produzcan en cada uno de los elementos deben de estar articulados con los otros.
- Calidad de las relaciones conyugales, rasgos y perfiles de personalidad de cada uno de los miembros de la familia. Los padres no son informantes objetivos, puede incluso que exijan una solución inmediata sin que ésta sea la más adecuada para su hijo. La demanda puede ser más compleja e incorporar elementos ocultos que también debe ser analizados.

Exploración psicológica del niño y diseño de abordaje

Seguimos insistiendo en la necesidad de ser llevada a cabo por un clínico especializado en salud mental infanto-juvenil. Sin descartar la participación de otras especialidades, el facultativo en salud mental debe hacer pivotar todas las posibles intervenciones sobre el diseño específico del abordaje que la *unidad paciente* requiera tras el completo, complejo y siempre abierto trabajo de diagnosis. Las posibilidades son extraordinariamente extensas: intervenciones en los medios escolar, social, familiar intentando favorecer la flexibilidad y adaptabilidad de los mismos a los pacientes y no al revés;

diferentes abordajes terapéuticos -individual, familiar, grupal- buscando el o la combinación ideal para cada caso; conveniencia o no de la incorporación farmacológica al tratamiento -siempre en un segundo tiempo, tras el trabajo exploratorio y diagnóstico que hemos descrito- evitando una lamentable y no tan infrecuente como desearíamos, actuación intrusista de algunos facultativos que, o bien por no haber sido informados convenientemente por los padres, o bien por considerar con errada honestidad que su actitud es la correcta, inician un tratamiento farmacológico que, evidentemente, afectará negativamente a la evolución del trastorno. En ningún caso, incluso presuponiendo que no faltaran sólidas razones para iniciarlo, la superposición de dos o más tratamientos concomitantes se escapará de tener repercusiones negativas, incluso dramáticas, para el infante.

Para finalizar

No hay más objeto en este escrito que el de transmitir una reflexión a los compañeros clínicos que encuentran –y difícilmente no va a ser así, pues aunque el número de niños que presentan hiperactividad no aumentara, sí lo hacen de forma exponencial los diagnósticos TDAH y, sin pretender ser maliciosos, en paralelo a la aparición de nuevas formas y tipos de medicamentos presuntamente específicos– en su práctica habitual con este tipo de pacientes. También hemos señalado muy periféricamente un modelo de abordaje en el que nos hemos permitido llamar la atención muy en especial sobre una serie de factores de extrema importancia que en ningún caso deberían quedar al margen de cualquier intervención clínica. Otros contenidos y maneras, al ser amplísimos, por supuesto quedan a decisión de la persona especialista que asuma la organización y desarrollo clínico del caso en base a sus conocimientos, buen hacer y, no nos queda otra, las posibilidades interventivas que permitan los medios, las familias y los entornos del menor.

**Sociedad Aragonesa de Salud Mental (S.A.S.M.)
Sección Infantojuvenil**

Asociación Española de Neuropsiquiatría (A.E.N.)

