

HIPERACTIVIDAD

Presentación de la mesa redonda celebrada en Vigo el 27 de abril de 2011

Por Camila Vidal

El trastorno por Déficit de atención e hiperactividad es un cuadro clínico tipificado en la clasificación diagnóstica y estadística de trastorno mentales (DSM-IV), y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Sus manifestaciones clínicas interfieren de modo notable en las posibilidades del niño en el medio escolar, perturban el ambiente familiar y las relaciones con iguales. En estos casos la medicación puede ser útil y sus efectos beneficiosos.

El problema aparece, en que los criterios del DSM se encuentran también en otras patologías y pueden confundirse con otros cuadros, como CI límite, autismo, depresiones graves, trazos temperamentales, discapacidad intelectual, anorexia y cuadros neurológicos. Es decir que la hiperactividad y las dificultades de atención están presentes en muy diversos cuadros clínicos y no tenía hasta hace poco una entidad nosológica propia, sino que eran tomadas por manifestaciones dentro de un conjunto de malestares y de síntomas.

Si estamos hoy aquí para tratar este tema, de gran actualidad es, precisamente a causa de la preocupación que suscita el cada vez mayor número de niños diagnosticados con dicho trastorno. Personalmente me recuerda a lo que pasó hace unos años con el tema de la dislexia; el diagnóstico de dislexia a niños que presentaban cualquier tipo de desajuste en su proceso de aprendizaje llegó a ser también alarmante. La vacuidad que se encontraba detrás de dicho diagnóstico queda en evidencia al constatar que, unos años después, dicha patología, si es que podemos llamarla así, ha desaparecido prácticamente del entorno escolar y hoy es raro que nos encontremos a un alumno del que se diga que es disléxico.

Si bien los casos pueden compararse, en el sentido de son “patologías” que parece crecen en progresión geométrica y acaban afectando a un número desproporcionado de escolares, lo que nos obliga a preguntarnos por dicha prevalencia, presentan, sin embargo, un rasgo distintivo muy importante y es el hecho de que, a diferencia de lo que ocurría con la dislexia (aunque también llegó a plantearse para la dislexia la posibilidad de tratamiento farmacológico) el tratamiento que reciben estos niños, a veces de corta edad y durante largos períodos de tiempo, es farmacológico, se trata de un psicoestimulante similar a la anfetamina y como tal sujeto a la ley de estupefacientes en países como Alemania (metilfenidato: Concerta, Ritalina, Rubifén), cuyo consumo ha pasado en los EEUU de 34 KG en 1.993 a casi 700 en 2001- “Los inventores de enfermedades“ de Jörg Blech), lo que, en caso de estarse produciendo una sobredimensión en el diagnóstico, estaría poniendo en riesgo la salud de estos pequeños. Todo ello sin atender a otras consideraciones, de las que seguramente hoy hablaremos aquí, que impiden tener en cuenta la subjetividad del niño que responde de forma desajustada a las exigencias que la escolaridad le dirige.

Si miramos los criterios para este diagnóstico en el DSM-IV que se dividen en tres apartados (desatención, hiperactividad e impulsividad) casi todos podríamos considerarnos hiperactivos. No hay lugar para preguntarse que quizás el niño este atento, enredado, en otros asuntos, como el enigma del origen o la sexualidad. Por supuesto en estos criterios no hay ninguna cabida para la palabra del niño, para su subjetividad.

En la guía “Convivir con niños y adolescentes con TDAH”, asequible a cualquier ciudadano,

en el apartado “¿Qué complicaciones tienen los adolescentes con TDAH?” dice literalmente: “Debido a la impulsividad, los adolescentes que no reciben tratamiento adecuado tienen más riesgo de empezar a fumar tabaco, beber alcohol, consumir drogas como marihuana y tener relaciones sexuales más tempranas que otros adolescentes sin TDHA. Esto se debe a que no piensan las consecuencias de sus actos y no aprenden de sus errores. Sólo viven en el presente”?????.

Algunos datos:

En los EEUU, la prevalencia es del 6%, y los niños medicados suponen el 17% (un alto porcentaje de ellos negros, chicanos e hispanos. En los países bajos en 2008 un 34% de los niños entre 5 y 15 años (750.000) recibían medicación. Por el contrario en Finlandia que es el primer país en calidad de enseñanza, según el informe Pisa, tiene unos índices de medicación 22 veces menores que Islandia y 8 veces menores que Noruega.

En España el índice de prevalencia (calculado) es del 8%. El DSM lo sitúa entre el 3 y el 5%.

Tal disparidad de datos, en países similares, pone de manifiesto un problema en el diagnóstico y en el tratamiento farmacológico.

La cuestión ha llegado a tal punto que el PSOE ha remitido al Parlamento Gallego una pregunta al respecto en la que se desvelan datos muy significativos. En la redacción de dicha pregunta se dice lo siguiente:

A posibilidade de hiperdiagnóstico do TDAH en España foi advertida no último informe da Comisión de Dereitos do Neno da Unesco, do outono 2010.

Nas observacións finais sobre España, dentro do apartado de saúde e o acceso aos servizos sanitarios, nos puntos 48 e 49 dise: “O Comité expresa tamén a súa preocupación pola información que indica un aumento, no período corto, na prescrición de psicoestimulantes a nenos diagnosticados con un Trastorno por déficit de atención e hiperactividade (TDAH)... O Comité recomenda do Estado parte que examine coidadosamente o fenómeno da prescrición excesiva de medicamentos aos nenos e adopte iniciativas para proporcionar aos infantes diagnosticados de TDAH, e outros trastornos do comportamento, así como aos seus pais, nais e mestres, acceso a unha ampla gama de medidas e tratamentos educativos e psicolóxicos.” (El subrayado es nuestro)

Los niños movidos, niños inquietos dentro de la escuela, a los que les cuesta centrar la atención en los que están haciendo han existido siempre. En general la hipermotricidad ha sido considerada hasta el presente como una alteración de la conducta infantil sin mayor importancia.

Es verdad que, a la edad de 7-8 años el niño debería ser capaz de regular su actividad motriz, pues a esta edad ya ha alcanzado un desarrollo psíquico que le permite tener interiorizados ciertos límites, normativas y valores. Y, por el contrario lo que encontramos en estos casos es que los elementos reguladores de los impulsos son deficitarios. Es verdad también que en determinados casos la medicación resulta necesaria para poder abordar el problema, pero conviene no olvidar que las personas, independientemente de su edad, muchas veces no tienen otro modo de decir que las cosas no le van bien sino a través de su comportamiento, de la motricidad y entonces esto puede ser un aviso desesperado ante una situación en la vida que le resulta insoportable. Los síntomas escolares son uno de los modos que tiene el niño para expresar su sufrimiento.

La cuestión es que el diagnóstico de hiperactividad no trata de regular la actividad del niño, no se plantea saber la causa de dicha desregulación, sino únicamente de normativizarla.

Cómo se vive esta problemáticas desde el entramado escolar?

Hay alguna otra manera de entender el exceso de actividad de un niño que no sea como enfermedad mental?

Podemos considerar en todos los casos la falta de atención como una enfermedad?

Hay alternativas a esta hipermedicación de nuestros niños y adolescentes?

Para hablarnos de todo ello tenemos hoy con nosotros a dos expertos de diferentes ámbitos.

Luis Pérez Rivas, psicomotricista, pedagogo terapeuta, asesor en diferentes publicaciones y muy conocido entre muchos de nosotros por su larga trayectoria de trabajo y formación en nuestra ciudad y

Antonia M^a Cabrera, psicoanalista, docente del Colegio clínico de Madrid y Analista Miembros de la Escuela de los Foros del Campo Lacaniano