

LOS RIESGOS DE TRATAR EL "TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD" CON METILFENIDATO (RITALIN)

Por: Dr. PETER R. BREGGIN (**Psiquiatra norteamericano www.breggin.com**) Y GINGER ROSS BREGGIN

SUMARIO.

- Lo que se usa para determinar que alguien tiene el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se concentra en criterios que los adultos consideran como conductas frustrantes y desordenadas.
- Se re-definen a los conflictos entre niños y adultos como *enfermedades o trastornos de los niños*.
- El tratamiento con drogas estimulantes como el metilfenidato (Ritalín) produce mayor docilidad en cualquier niño (o animal) sin mejorar realmente su conducta o rendimiento académico.
- No se les informa a los padres de los niños que en realidad están intercambiando el control de una conducta por los efectos tóxicos de las drogas (medicinas).
- La etiqueta TDAH se impone a los niños, a quienes de hecho, se les priva de una atención adecuada por parte de los adultos. Los niños requieren por parte de los adultos una mejor atención a sus necesidades básicas.

[Se pueden conseguir copias de este artículo en The Haworth Document Delivery Service: 1-800-342-9678.]

Son pocos los profesionales de la salud que pueden recitar de memoria los criterios diagnósticos de la Asociación Psiquiátrica Americana, como se especifican en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales-IV (DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana, 1994), incluso cuando se trata de diagnósticos de uso habitual. Aún cuando los estándares diagnósticos son importantes para establecer tendencias clínicas y relacionadas con la investigación. Su existencia crea una fuerte impresión de validez, que sin embargo puede ser engañosa, en lo relacionado con los diagnósticos psiquiátricos en general al igual que con las categorías individuales de diagnóstico. El prescribir medicamentos a niños, por ejemplo, se justifica en gran medida basándose en estos diagnósticos.

La existencia de diagnósticos también tiene influencia en la forma en que millones de padres de familia y maestros ven a los niños que están bajo su cuidado. La mayoría de los maestros y muchos padres de niños en edad escolar han oído hablar de la "hiperactividad" y de manera más específica, del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Muchos profesionales que no se especializan en salud mental creen que pueden diagnosticarlo.

LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DESTRUCTIVA [DISRUPTIVE BEHAVIOR DISORDERS (DBDs)]

Al igual que el Trastorno de Conducta y el Trastorno Negativista Desafiante, en el DSM-III (Asociación Psiquiátrica Americana, 1987) originalmente se consideró que el TDAH era uno de los Trastornos de conducta destructiva [disruptive behavior disorders]. En el DSM-IV se hizo un intento por separar al TDAH de los otros dos trastornos, al menos cuando el TDAH se manifiesta ante todo como falta de atención y no como hiperactividad. El comité del DSM encontró que aunque los problemas del comportamiento destructivo y de atención "a menudo se presentan juntos", "algunos" niños con TDAH no son hiperactivos ni de conducta destructiva (Fasnacht, 1993).

A pesar de cualquier intento por separarlos, los tres diagnósticos a menudo se traslapan y los proyectos de investigación a menudo se refieren a ellos en grupo, los DBD. El DSM-IV señala que "una porción sustancial de los niños que se canalizan a las clínicas por tener el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad también tienen el Trastorno Negativista Desafiante o Trastornos de Conducta". De manera similar, un estudio del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés) también señala: "Un trastorno de conducta

'puro' o un trastorno de oposición 'puro' son relativamente raros en las muestras clínicas, pues la mayoría de los casos también califican para un diagnóstico por déficit de atención". (Kruesi et al., 1992).

El DSM-IV no menciona la definición del Trastorno de Conducta Destructiva [Disruptive Behavior Disorder]; el DSM-III-R afirma que los niños con DBD se caracterizan por conducta que es socialmente destructiva y a menudo es más inquietante para otros que para la persona que tiene el trastorno" La "enfermedad" consiste en perturbar la vida de los adultos; una definición que parece hecha a la medida para ejercer un control social.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

El DSM-IV distingue entre dos tipos de TDAH, uno se caracteriza por desatención y el otro por hiperactividad e impulsividad. El estándar oficial para el TDAH requiere cualesquier seis de nueve elementos bajo cada categoría. Los cuatro primeros elementos para hiperactividad e impulsividad, en orden descendente, incluyen:

1. a menudo mueve en exceso manos y pies, o se mueve en su asiento.
2. a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
3. a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
4. a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio

Los primeros cuatro puntos en la lista para diagnosticar el trastorno en su modalidad de desatención incluyen:

1. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en sus tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
2. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
3. A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente
4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativo o a incapacidad para comprender instrucciones)

Quienes están a favor de administrar medicamentos a los niños a menudo consideran que el TDAH es una "enfermedad mental" específica con una causa genética y bioquímica. Pero como lo demuestra la lista de criterios, es un DBD más; otra forma de etiquetar a los niños como fuente de frustración y molestia. Esto es cierto incluso en lo que concierne a algunos de los criterios sobre el aspecto de desatención que se mencionan en el trastorno. Como observa Gerald Golden (1991): "El comportamiento se ve como algo que perturba y es inaceptable para los padres de familia y los maestros, y como resultado se incapacita al niño socialmente".

Russell Barkley (1991, pág. 13) afirma: "Aunque la desatención, la actividad excesiva y el control deficiente de los impulsos son los síntomas más comunes que otros consideran primordiales en los niños hiperactivos, mi propio trabajo con estos niños indica que la desobediencia también es un problema primordial". No es sorprendente que Barkley considere que algunos niños son desobedientes. Él no sólo quiere administrarles medicamentos, sino que también culpa al niño por los conflictos que tiene con la familia y en la escuela. Como él lo expresa: ". . . de hecho, algo está 'mal' en estos niños" (pág. 4). No juzga igual a quienes tienen autoridad en la vida del niño, como sus padres o sus maestros, aunque ellos tienen un control mucho mayor sobre las condiciones que determinan la vida y la condición mental del niño.

UNA ENFERMEDAD QUE DESAPARECE CUANDO SE PRESTA ATENCIÓN AL NIÑO

Los síntomas o manifestaciones del TDAH a menudo desaparecen cuando los niños tienen algo interesante que hacer o cuando reciben una atención mínima por parte de los adultos. La mayoría de los observadores están de acuerdo en esto e incluso se menciona indirectamente en el DSM-III-R y en el DSM-IV. El DSM-IV especifica que los síntomas pueden manifestarse cuando el niño está en entornos "que carecen de un atractivo

intrínseco o novedoso" y que pueden estar ausentes cuando "la persona está bajo un control muy estricto, cuando se involucra en actividades que considera de especial interés, como en una situación de atención individualizada", lo que incluye ser examinado por un médico. La mayoría de quienes apoyan el diagnóstico del TDAH también señalan que tiende a desaparecer durante las vacaciones de verano.

¿DE QUIÉN ES EL PROBLEMA?

Si la lista de criterios para el TDAH tiene alguna utilidad, identifica a niños que están aburridos, sienten ansiedad o están enojados al estar cerca de algunos de los adultos que hay en su vida o al estar en algunas situaciones controladas por los adultos, como la escuela y la familia. Estos "síntomas" no deberían señalar a los niños como enfermos mentales. Deberían señalar a los adultos indicando que necesitan esforzarse más para responder a las necesidades de los niños.

Cuando un niño de cinco o seis años de edad se muestra irrespetuoso o iracundo en forma persistente, siempre existe en su vida una fuente de tensión sobre la que el niño tiene poco control o no tiene control en absoluto. En ocasiones, no se respeta al niño, y los niños aprenden ante todo por medio del ejemplo. Cuando se les trata con respeto, ellos tienden a responder en forma respetuosa. Cuando se les ama, tienden a ser amorosos. Aunque tal vez la fuente de los trastornos del niño resulte ser más complicada, es posible que el padre de familia esté demasiado temeroso o distraído para aplicar al niño una disciplina racional y permite que actúe con desenfreno, o tal vez se está abusando del niño fuera del hogar; la fuente siempre está en el mundo exterior al niño. Los niños en sí no crean severos conflictos emocionales en sí mismos ni con los adultos que los rodean.

Los niños no están aburridos, son desatentos, indisciplinados o se muestran resentidos debido a su naturaleza individual; pero el estigma de la etiqueta del TDAH supone que ese es el caso. Por lo general, estos niños tienen más energía y vitalidad, o tienen una mayor necesidad de estar en un entorno más interesante del que sus padres o maestros pueden ofrecer. Uno de los primeros que apoyaron el diagnóstico de hiperactividad los describe como manojos de energía extraordinariamente dinámicos (Weeder, 1973). Pero se les diagnostica una enfermedad mental; una etiqueta que puede persistir hasta la vida adulta y arruinar su futuro.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN DEL PADRE (TDAP)

En mi experiencia clínica, la mayoría de los niños que se dice tienen el TDAH no reciben suficiente atención de su padre, pues está separado de la familia, está demasiado preocupado por su trabajo y u otras cosas, o de alguna otra manera es incapaz de desempeñarse como padre. En muchos casos, el diagnóstico apropiado es Trastorno por Déficit de Atención del Padre (TDAP) (Breggin, 1991).

La "cura" para estos niños es una atención más racional y amorosa por parte de su padre. En la actualidad los chicos tienen tanta hambre de atención de un padre que pueden recibirla de cualquier hombre adulto. Los grupos de niños que aparentemente son impulsivos y hostiles se calman cuando tienen cerca a un hombre adulto que se ocupa de ellos y tiene una actitud relajada y firme. La Preparatoria de Arlington en Indianápolis estaba cancelando muchas de las actividades que se llevaban a cabo después de la escuela debido a la indisciplina, cuando un padre de familia asistió a una de ellas (Smith, 1993):

"Esa tarde había una tranquilidad poco usual en el sector del auditorio [donde estaba el padre de familia]. Resultó que cuando él le decía a su grupo que se tranquilizara, algunos estudiantes lo apoyaban. Uno de ellos dijo: 'Es el papá de Lena. Ya lo escucharon. Tranquilícense; actúen correctamente' ". (pág. 5)

A partir de entonces, la escuela empezó a conseguir padres de familia voluntarios para sus actividades en las tardes.

En otros casos, el supuesto trastorno debería llamarse TDAM: Trastorno por Déficit de Atención del Maestro. Debido ante todo al sistema educativo y no tanto a los maestros en

sí, son pocos los estudiantes que reciben los programas de educación individualizada que necesitan.

DESACREDITADO PROFESIONALMENTE

En 1993, el neurólogo Fred Baughman señaló que los estudios no han sido capaces de confirmar ninguna mejoría definida como resultado de tratar a estos niños con drogas. Baughman menciona cifras relacionadas con la frecuencia con que se presenta el TDA que varían de 1 en cada 3 a 1 en cada 1000. Por consiguiente, se pregunta: "¿Está el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los ojos de quienes lo observan?"

El tema de los ojos de quienes observan refleja lo que escribe Diane McGuinness quien sistemáticamente ha desprestigiado al TDAH comparándolo con "el traje nuevo del emperador". Según McGuinness, en un capítulo de su obra *Los Límites de los Tratamientos Biológicos para la Angustia Psicológica* (1989), afirma:

"Los últimos 25 años nos han llevado a un fenómeno que es casi único en la historia. Los estudios que se apegan a una metodología rigurosa. . . indican que el TDA [Trastorno por Déficit de Atención] y la hiperactividad como "síndromes" simplemente no existen. Hemos inventado una enfermedad, le hemos dado una sanción médica, y ahora tenemos que negarla. La pregunta primordial es cómo lograremos destruir el monstruo que hemos creado. No es fácil hacerlo y al mismo tiempo conservar la dignidad."(pág. 155)

Según Richard E. Vatz (1993), "El Trastorno por Déficit de Atención (TDA) no es una enfermedad, como tampoco lo es la 'excitabilidad'. Es un término psiquiátrico pseudomédico".

Frank Putnam (1990), director de una de las unidades de investigación del NIMH, recientemente elogió "al creciente número de médicos clínicos e investigadores que están condenando la tiranía de nuestros sistemas de clasificación psiquiátricos y educativos". Putnam considera que "es muy difícil asignar clasificaciones válidas" a los niños, y sin embargo, "los niños son, por mucho, el grupo que más se clasifica y se etiqueta en nuestra sociedad". Advierte contra "prescripciones institucionales en un sistema que intenta encasillar a la gente". (pág. I)

¿TIENE EL TDAH FUNDAMENTO FÍSICO?

Un estudio dirigido por Alan Zametkin del NIMH (Zametkin et al., 1990) recibió mucha publicidad pues encontró un incremento en el metabolismo cerebral mediante tomografías de emisión de positrones (PET) realizadas en adultos con historiales de TDAH en la infancia. Sin embargo, cuando se compararon los sexos en forma separada, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos del grupo de control y los adultos que habían tenido TDAH. Para tener una diferencia significativa, los datos se juntaron de modo que incluyeran un número desproporcionado de mujeres en el grupo de control. Además, cuando se compararon las diferentes áreas del cerebro del grupo de control y los adultos que habían tenido TDAH, no se encontraron diferencias. Por lo general es posible manipular los datos con el fin de producir cierto tipo de resultado estadístico, y el estudio de Zametkin es un ejemplo clásico.

En vista de que el TDAH no es un trastorno sino una manifestación de conflicto, dudamos que alguna vez se encuentre una causa biológica. Golden (1991) lo expresó con sencillez:

"Los intentos de definir una base biológica para el TDAH han fracasado en repetidas ocasiones. La neuro-anatomía del cerebro, como se demuestra en estudios con imágenes neurológicas, es normal. No se ha demostrado la presencia de un substrato neuropatológico. . ." (pág. 36)

Al mismo tiempo, el énfasis en posibles causas genéticas y biológicas de comportamientos molestos en los niños, oscurece al creciente corpus de estudios que confirma su origen psico-social (se menciona en Green, 1989; Breggin, 1992).

NO HAY UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO CON FÁRMACOS

Los expertos contemporáneos están de acuerdo en que el metilfenidato afecta a todos los niños en la misma forma y no afecta de ninguna manera específica a los niños en quienes se ha diagnosticado el TDAH. Golden (1991) señala: ". . . la respuesta a la droga no puede utilizarse para validar el diagnóstico. Los niños normales, al igual que aquellos que tienen el TDAH, muestran cambios similares cuando se les administra una sola dosis de un psicoestimulante (pág. 37).

Una hora después de tomar una sola dosis de una droga estimulante, cualquier niño tiende a volverse más obediente, a concentrarse más, a estar más dispuesto a concentrar su atención en tareas e instrucciones aburridas. Los padres de familia que tienen conflictos con un muchachito pueden manejarlo con una pastilla, pues saben que poco después será más dócil.

Es común decir que los estimulantes tienen un efecto paradójico en los niños cuando se les compara con los adultos, pero es probable que estas drogas tengan el mismo efecto en niños y adultos. Con las dosis que usualmente prescriben los médicos, tanto los niños como los adultos se sienten confusos, no están en contacto con sus verdaderos sentimientos y por lo tanto, están más dispuestos a concentrarse en tareas escolares que son aburridas y repetitivas.

Con dosis más altas, tanto los niños como los adultos tienen un estímulo más obvio que los lleva a la excitabilidad o a la hiperactividad. Existe, sin embargo, una gran diversidad entre individuos, y algunos niños y adultos también se vuelven más hiperactivos y desatentos con dosis más bajas.

Los británicos son mucho más cautelosos cuando se trata de utilizar estimulantes en los niños. Grahame-Smith y Aronson (1992), autores del Texto de Oxford sobre Psicofarmacología Clínica y Terapia con Drogas [Oxford Textbook of Clinical Psychopharmacology and Drug Therapy], señalan que los estimulantes podrían tener el mismo impacto en los niños que en las ratas, pues "inducen conducta estereotipada en los animales; por ejemplo, reduciendo el número de respuestas conductuales . . ." (pág. 141). La conducta estereotipada es una actividad simple, repetitiva y al parecer carente de significado, como la que a menudo se ve en individuos que tienen daño cerebral. Este libro de texto afirma en forma bastante sugerente: "No nos corresponde determinar si ese tipo de control de la conducta es deseable " (pág. 141).

PSIQUIATRÍA TÓXICA

Una forma de entender el efecto habitual de cualquier droga psiquiátrica es observar sus efectos más extremos (Breggin, 1991). El efecto clínico o "terapéutico" tiende a ser una expresión menos intensa del efecto tóxico". James M. Swanson (1992) y sus colegas resumieron lo que se había escrito sobre el tema:

"En algunos niños inquietos, la conducta obediente inducida por las drogas puede ir acompañada de aislamiento, introversión y exceso de concentración. Algunos niños a quienes se han administrado medicamentos parecen 'autómatas', y las dosis más altas que hacen que los niños con TDAH sean más 'sombrios', 'tranquilos' y 'quietos' pueden producir un aislamiento social pues incrementan 'el tiempo que pasan solos' y reducen 'el tiempo que pasan en una interacción positiva' en el patio de juegos".

Al mismo tiempo, como lo confirman Swanson y sus colegas (1992), no existe evidencia de que el metilfenidato mejore el aprendizaje o el rendimiento académico. Esto se confirma en varios estudios (Breggin (1991); Coles (1987); McGuinness (1989); y Swanson et al. (1992)).

LOS EFECTOS A LARGO PLAZO "SIGUEN SIENDO DUDOSOS"

Como brevemente menciona el Instituto de Salud Mental, "los efectos a largo plazo de los estimulantes siguen siendo dudosos" (Regier y Leshner, 1992). La información que la empresa farmacéutica Ciba-Geigy dio a conocer, admite que "los efectos a largo plazo que tiene el Ritalín en los niños no se han establecido satisfactoriamente" (Libro de Referencia

para Uso del Médico [Physicians' Desk Referente], 1994, pág. 836). No obstante, se recomienda el metilfenidato como tratamiento a largo plazo.

Además, el NIMH afirma que algunos estudios han demostrado efectos a corto plazo, como "reducir el desorden en el salón de clase" y mejorar "la obediencia y la atención persistente". Pero reconoce que las drogas parecen ser "menos confiables para lograr mejoría, al menos de naturaleza duradera, en lo relacionado con problemas sociales, emocionales y académicos, como la conducta antisocial, las malas relaciones con compañeros y maestros y los fracasos escolares".

A pesar de que se calcula que ". . . entre el 2 y 3 por ciento de los niños de primaria en Estados Unidos reciben cierta clase de intervención farmacéutica para la hiperactividad", (pág. 3) el NIMH continúa insistiendo en que se administre metilfenidato a un número creciente de niños.

EL METILFENIDATO Y LA COCAÍNA

A los padres de familia rara vez se les dice que el metilfenidato es "speed"; es decir que farmacológicamente se le clasifica entre las anfetaminas y que causa los mismos efectos y efectos secundarios y tiene los mismos riesgos. No obstante, esto se sabe en la profesión. Por ejemplo, la obra *Tratamientos de Trastornos Psiquiátricos*, señala que la cocaína, las anfetaminas y el metilfenidato son "neuro-farmacológicamente similares" (Asociación Psiquiátrica Americana 1989, pág. 1221). Como evidencia, este texto señala que las pautas de abuso son iguales en estas tres drogas; que no es posible distinguir sus efectos clínicos en pruebas de laboratorio; y que pueden sustituirse entre sí y producen los mismos efectos en animales adictos (Asociación Psiquiátrica Americana, 1989, pág. 1221. Véase también Breggin, 1991, y Breggin y Breggin, 1994 a&b). El DSM-IV confirma estas observaciones pues incluye en la misma categoría el abuso y adicción a la cocaína, las anfetaminas y el metilfenidato. La Administración de Alimentos y Drogas de Estados Unidos (FDA) clasifica al metilfenidato en una alta categoría de adicción, conocida como Schedule II, la cual también incluye a las anfetaminas, la morfina, el opio y los barbitúricos (Goodman a al., 1991).

Antes de que se le reemplazara con otros estimulantes en la década de 1908, el metilfenidato era una de las drogas callejeras que más comúnmente se utilizaban (Spotts and Spotts, 1980). Hoy en día, en la ciudad de Bethesda, donde vivimos, los niños venden el metilfenidato que se les receta a sus compañeros de clase que abusan de esta droga y de otros estimulantes. Al trabajar con grupos comunitarios, a menudo escuchamos anécdotas de jóvenes que han pasado del uso del metilfenidato que se les prescribía como medicamento al uso de alcohol o drogas callejeras. Uno de los autores (P.B.) ha tenido contacto con algunos de estos casos en su práctica profesional.

Al igual que cualquier estimulante que causa adicción, el metilfenidato puede producir síntomas de abstinencia, como "desplomarse" debido a una depresión, agotamiento, necesidad de apartarse, irritabilidad y sentimientos suicidas. Los padres no reconocen una reacción del síntoma de abstinencia cuando su hijo se siente molesto si le falta una sola dosis. Creen erróneamente que su hijo necesita volver a tomar el medicamento.

OTROS HECHOS QUE SE LES OCULTAN A LOS PADRES DE FAMILIA

A los padres de familia no se les dice que el metilfenidato, por ser un estimulante, puede causar los trastornos que se supone debe curar: desatención, hiperactividad y agresión. Cuando el niño empeora al tomar el medicamento, lo más probable es que le administren dosis más altas de la droga, o incluso un medicamento más fuerte, como los neurolépticos thioridazine (Mellaril) o haloperidol (Haldol). Esto puede tener como resultado un círculo vicioso de toxicidad creciente (los efectos secundarios del metilfenidato se tratan y se documentan más a fondo en Breggin, 1991).

Rara vez se les informa a los padres que el metilfenidato puede causar tics permanentes que causan deformaciones. Recientemente uno de nosotros (P. B.) fue consultado en el caso

de un muchacho en quien las dosis habituales produjeron espasmos musculares y tics deformantes en la cabeza, el cuello, a cara los ojos y la boca.

A veces se les dice a los padres de familia que el metilfenidato puede afectar al crecimiento (altura y peso), pero la explicación por lo general se da de tal manera que no los atemorice. Gran parte del crecimiento del cerebro ocurre durante los años en que se administra esta droga a los niños; pero los médicos no les dicen a los padres que no existen estudios relacionados con el efecto que el inhibir el crecimiento en esta forma puede tener en el cerebro en sí. Si el cuerpo del niño es más pequeño, lo cual incluye a su cabeza, ¿qué pasa con lo que hay en el interior del cráneo? Y si el tamaño puede reducirse, ¿qué decir de las deformidades cerebrales que son más sutiles y que tal vez sea imposible medir?

No es frecuente que se informe a los padres de familia que el metilfenidato, como cualquier forma de estimulante, a menudo puede hacer que los niños sientan ansiedad y en ocasiones hace que se porten como si estuvieran "locos". Con toda seguridad, a los padres no se les habla del peligro de daño cerebral cuando el niño está expuesto al metilfenidato por mucho tiempo. Aunque no se han encontrado anomalías cerebrales en los niños etiquetados con el TDAH, un estudio descubrió encogimiento cerebral en adultos etiquetados con el TDAH que han estado tomando metilfenidato durante años (Nashrallah et al., 1986). Los autores del estudio indican que "la atrofia cortical puede ser un efecto adverso a largo plazo de este tratamiento [metilfenidato]".

Finalmente, el médico no les dirá a los padres de familia que existen métodos que no utilizan drogas y que prácticamente garantizan una mejoría en la conducta de la gran mayoría de los niños con DBD, y que se basan en escuelas más interesantes y atractivas y en relaciones familiares más racionales y amorosas.

¿ES EL TDAH UNA ENFERMEDAD ESTADOUNIDENSE? ¿ES UNA ENFERMEDAD DE NIÑOS VARONES?

El TDAH rara vez se diagnostica en países que evidentemente se preocupan más por los niños, como Dinamarca, Noruega y Suecia, donde rara vez se administran drogas psiquiátricas a los niños. A un médico que trabaje en el Servicio Nacional de Salud en Inglaterra no se le permite administrar el metilfenidato como práctica habitual, ya que este fármaco no está en la lista de medicamentos aprobados. Un médico podría prescribir anfetaminas, que tienen un efecto similar, pero esto no se fomenta y rara vez se hace.

Es mucho más frecuente que se diagnostique el DBD en los niños varones que en las niñas. Según el DSM-IV, el TDAH se presenta en los niños varones de cuatro a nueve veces más que en las niñas, y el Trastorno de Conducta es "mucho más común en los niños", en quienes las cifras varían del 6% al 16%. Además de sentirse aburridos o en conflicto con los adultos, ¿por qué los niños varones ordinariamente tienden a actuar con resentimiento y rebelión hacia la autoridad de su madre o de maestras mujeres? La respuesta más sencilla es que se les ha entrenado a actuar así ante las mujeres en general. De hecho, en el mundo actual, a la mayoría de los hombres adultos les molesta que una mujer les diga lo que tienen que hacer.

Múltiples factores contribuyen a los conflictos y a la confusión de los niños varones: la forma en que se les educa para que repriman su aspecto de ternura ("femenino") y se les anima a ser competitivos, dominantes y hostiles hacia las mujeres; la forma en que estas lecciones se les graban a través de la televisión y el entretenimiento en los medios, y se les refuerzan con los deportes y en el campo de juego, al igual que en la familia y en casi todos los aspectos de la sociedad.

En nuestra sociedad moderna, en que las niñas reciben mensajes cada vez más confusos sobre su seguridad personal, son cada vez más las niñas a quienes se diagnostica DBD. A menudo son niñas con más iniciativa y perspicacia.

"NIÑOS CON TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN" [CHA.D.D CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT DISORDERS]

La organización conocida como Niños con Trastornos por Déficit de Atención, se fundó en 1987, y es una organización de padres de familia que etiqueta a los niños con trastornos por déficit de atención. Su política oficial es considerar que estos niños padecen problemas genéticos y biológicos. Como lo expresa la Presidenta de CH.A.D.D., Sandra F. Thomas (1992): "Nuestros niños tienen un deterioro neurológico que lo penetra todo y afecta todas las áreas de su vida, de día y de noche".

Los líderes de CH.A.D.D. afirman que el trastorno emocional y el enojo de los niños no provienen de conflictos familiares, actitudes negativas de los padres de familia, escuelas inadecuadas o factores sociales que les producen estrés. El título de un folleto reciente de CH.A.D.D.: ¿Hiperactivo? ¿No presta atención? ¿Impulsivo?, anuncia: "¿Te enfrentas a la culpa como padre de familia? No, no es tu culpa" (CH.A.D.D., sin fecha). Después de afirmar que el TDAH es un trastorno neurológico, el folleto explica:

"Los padres de familia frustrados, molestos y llenos de ansiedad no son la causa de que sus hijos tengan TDA. Por el contrario, los niños con TDA son la causa de que sus padres estén frustrados, molestos y llenos de ansiedad". (pág. 1)

No podría haber un mejor ejemplo de "culpar a los niños" que la exoneración de los padres. CH.A.D.D. ha seguido el ejemplo de su contraparte en lo referente a los adultos, la Alianza Nacional a Favor de los Enfermos Mentales (NAMI por sus siglas en inglés National Alliance for the Mentally Ill) (Breggin, 1991). Los padres de familia que pertenecen a la NAMI por lo general tienen hijos mayores con severas discapacidades emocionales, y favorecen explicaciones bioquímicas y genéticas, y el uso de drogas, electrochoques, psicocirugía y tratamiento involuntario. La NAMI también trata de acabar con los puntos de vista opuestos atacando a los profesionales que están en desacuerdo con ellos (Breggin, 1991). Ahora la NAMI tiene una filial, la NAMI-CAN-the Alianza nacional a Favor de los Enfermos Mentales; Red de Niños y Adolescentes [Child and Adolescent Network] (Armstrong, 1993). NAMI-CAN, al igual que la CH.A.D.D. cree en las enfermedades cerebrales con fundamento biológico. [BBBD-biologically based brain diseases].

FUENTES DE PODER

Los padres de familia que pertenecen a la CH.A.D.D. y a NAMI han desarrollado una enorme influencia pues han unido fuerzas con los profesionales que tienen una orientación biológica, con las organizaciones nacionales de salud mental y con la industria farmacéutica. ¿Pero de dónde viene el dinero para apoyar a los cabilderos que más presionan, a las campañas en los medios de comunicación masiva y a las convenciones a nivel nacional en hoteles como el Hyatt Regency de Chicago? El programa de la convención de CH.A.D.D., "Caminos hacia el Progreso" declara (C.H.A.D.D., 1992):

"CH.A.D.D. agradece la generosa contribución de una subvención educativa por parte de la Corporación CIBA-Geigy, que dará gran apoyo a nuestros proyectos".

CIBA-Geigy fabrica el Ritalín, el estimulante que más se vende en el mercado del TDAH.

La contraparte de la C.H.A.A.D. en lo que se refiere a los adultos, NAMI, ha tenido un éxito similar en sus esfuerzos políticos. También tiene una relación muy cercana con la psiquiatría biológica y recibe dinero de las empresas farmacéuticas.

CÓMO SE DETECTA EL TDAH

Un Manual para Educadores publicado recientemente por la CH.A.D.D. se escribió con la colaboración de profesionistas, como Russell Barkley (Mary Fowler, 1992). Expresa con toda claridad la intención de diagnosticar y drogar a los niños que no se apegan a una disciplina estricta:

"El Trastorno por Déficit de Atención es una incapacidad oculta. No existe una señal física para identificar su presencia, no obstante, no es muy difícil detectarlo. Sólo mira con los ojos y escucha con los oídos cuando pases por lugares donde hay niños; en especial lugares donde se espera que los niños se comporten en forma tranquila, ordenada y productiva. En esos lugares, los niños con TDA se identificarán de inmediato. Estarán haciendo algo o no estarán haciendo algo que con frecuencia tiene como resultado una avalancha de

comentarios y críticas como: '¿Por qué nunca escuchas?'. 'Piensa antes de actuar'. 'Pon atención'.

COMO ESTRELLAS BRILLANTES

Nuestros niños se relacionan con nosotros ante todo en la casa y en la escuela. En ambos lugares, necesitamos una nueva devoción a sus necesidades básicas y no dedicarnos a tratar supuestos trastornos psiquiátricos. Más que nada, nuestros niños necesitan una conexión con nosotros, los adultos que hay en su vida, en la que se cuide mejor de ellos. Algunos sistemas escolares se están dando cuenta de esto y están empezando a abandonar los edificios grandes, tipo fábrica, del pasado y a favorecer lugares "pequeños y bonitos".

Las escuelas más pequeñas tienen muchas ventajas, pero tal vez la más significativa es esta: Permiten que los maestros conozcan a sus estudiantes lo suficiente como para comprenderlos y responder a sus necesidades básicas en los aspectos educativo y emocional. Al mismo tiempo, las escuelas y los grupos pequeños responden a la necesidad básica de los maestros de tener una identidad profesional satisfactoria y eficaz. Los conflictos se resuelven con más facilidad ya que lo ideal sería resolverlos a través de soluciones satisfactorias para ambas partes y no a través de diagnósticos médicos y opresión farmacológica.

Algunas escuelas más pequeñas, más orientadas a los niños, han demostrado que los DBD prácticamente desaparecen. No existe mejor evidencia de la poderosa manera en que el entorno da forma al comportamiento, que los resultados que se tienen en los niños que están sujetos a diagnósticos psiquiátricos.

En un informe publicado en el New York Times el 14 de Julio de 1993, con el título de "¿Es mejor lo pequeño? Ahora los educadores dicen que sí, cuando se trata de la preparatoria", Susan Chira afirma:

"Los estudiantes que asisten a escuelas que se limitan aproximadamente a 400 estudiantes tienen menos problemas de conducta, mejor asistencia y mejores resultados al graduarse; y en ocasiones tienen mejores calificaciones. En una época en que son cada vez más los niños y jóvenes que reciben menos apoyo de sus familias, los estudiantes de escuelas pequeñas pueden formar relaciones cercanas con sus maestros". (pág. 1)

Los maestros de estas escuelas tienen la oportunidad de "construir lazos que son especialmente vitales durante los difíciles años de la adolescencia".

Hasta los estudiantes que vienen de familias con problemas responden favorablemente a escuelas más pequeñas en las que reciben más atención. "Estas escuelas son las estrellas brillantes que se creía eran opacas", dijo Gregg Staples, un maestro de la Ciudad de Nueva York. "Si estás bajo demasiada presión y estrés, pueden ayudarte", dijo la estudiante Joy Grimage. "No te defraudan ni te hacen esperar".

Los niños responden con tal rapidez cuando se mejora la forma en que los adultos se relacionan con ellos, que a la mayoría se le puede ayudar sin consultar a un profesional. Por el contrario, el profesional puede consultar a los padres, a los maestros y a otros adultos que se interesan por los niños.

Muchos psicoterapeutas, por ejemplo, habitualmente practican "terapia infantil" sin ver a los niños en realidad. Ayudan a sus pacientes adultos a ser padres más amorosos o disciplinados mediante el trabajo habitual de la psicoterapia, lo que indirectamente transforma la vida de sus hijos. Los niños "mejoran" sin que se les haya visto. Tal vez estos terapeutas, muchos de los cuales sólo trabajan con adultos, no se consideran psiquiatras o terapeutas infantiles a nivel profesional. Pero están haciendo más por los niños que los profesionales que los diagnostican y les prescriben medicamentos.

Los niños no sufren trastornos; viven en un mundo trastornado.

Cuando los adultos les proporcionan un mejor entorno, los niños tienden a mejorar su punto de vista y su comportamiento. Pero los niños y los adolescentes pueden sentirse tan molestos, tan confusos y tan autodestructivos que llevan ese dolor a su interior o se vuelven compulsivos o rebeldes. Es posible que necesiten la intervención terapéutica de un adulto que cuide de ellos incondicionalmente y les ayude a superar su sufrimiento y sus

afrentas. A veces estos niños pueden beneficiarse si aprenden a mitigar la situación conflictiva. Pero nunca se les debe hacer creer que están enfermos o que son anormales, y que esa es la causa primordial de sus conflictos en la escuela o en la familia.

Los niños pueden beneficiarse cuando se les guía para que aprendan a ser responsables de su propia conducta; pero no se logra nada con ellos cuando se les culpe de los traumas y del estrés a que están expuestos en el entorno en que viven. Necesitan que se les anime, no que se les someta a diagnósticos humillantes y a drogas que dañan su mente. Ante todo, se desarrollan bien cuando los adultos muestran interés y prestan atención a sus necesidades básicas como niños.

NOTAS ACLARATORIAS

Se eliminaron los números de referencia de las citas.

2. Debido a su carácter estimulante, la Fluoxetina (Prozac) también se esta convirtiendo una droga de abuso. (Breggin, 1994^a)

3. Los efectos adversos del metilfenidato son probablemente mucho más comunes que los que la literatura médica reporta (Breggin, 1991). Excepto cuando una droga es nueva, los médicos casi nunca reportan o publican un efecto adverso negativo. Muchos médicos no saben que existe un mecanismo para dar esa información a las compañías y a la FDA.

Goodman et al. (1991. p. 78) observa lo siguiente "Más del 40% de los médicos no están concientes que la FDA tiene un sistema de reporte para los efectos adversos..."

Adicionalmente, quienes abogan por las drogas psiquiátricas infantiles, han corroborado ser ellos mismos especialmente quienes no quieren enfatizar los efectos peligrosos que provocan. (Breggin, 1991).