

LA MEDICALIZACIÓN DE LA INFANCIA EN SALUD MENTAL: EL CASO PARADIGMÁTICO DE LOS TRASTORNOS DE ATENCIÓN

THE MEDICALISATION OF CHILDHOOD IN MENTAL HEALTHCARE: THE PARADIGMATIC CASE OF ATTENTION DISORDERS

Carlos Javier López Castilla

Centro Andaluz de Intervención Psicosocial. C.A.I.P.

El presente artículo es una invitación al debate sobre el fenómeno de medicalización en la infancia en salud mental, apelando a una toma de consciencia de los profesionales. Para ello analiza, en clave epistemológica, el ejemplo paradigmático del Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA-H). Aborda la construcción social del trastorno y el tratamiento, así como algunas falacias sobre las que se apoya: TDA-H es un déficit neurológico, es diagnosticado por profesionales especializados, los tratamientos son eficaces y se realizan en interés del menor.

Palabras clave: TDA-H, TDA, Medicalización, Atención, Déficit, Infancia, Trastornos, Epistemología, Diagnóstico.

This article is an invitation to debate about the phenomenon of the medicalisation of children in mental healthcare, appealing for awareness among practitioners. For this purpose, we analyse, from the point of view of epistemology, the paradigmatic case of Attention Deficit Disorder, with or without Hyperactivity (ADD and ADHD). We deal with the social construction of the disorder and its treatment, as well as with some fallacies on which it is based: that AD(H)D is a neurological deficit, that it is diagnosed by specialised professionals, that the treatments are effective and that these treatments are carried out in the interest of the minor.

Key words: ADHD, ADD, Medicalization, Attention, Deficit, Childhood, Disorders, Epistemology, Diagnosis.

Los datos epidemiológicos actuales acerca de los trastornos de atención con o sin hiperactividad, a partir de ahora TDA-H, suponen una grave alarma social a juzgar por la evolución de las cifras en el pasado reciente, y por las predicciones estimables a partir de las mismas para un futuro próximo. Algunos estudios señalan un rango que va del 6% al 10% de la población de los niños en edad escolar (Soutullo, 2003). Según otros autores lo más usual es situar la tasa de prevalencia en torno al 5% (Cardo y Servera, 2003). Las cifras dependen de los criterios diagnósticos utilizados en las distintas investigaciones. Una definición comportamental sitúa la prevalencia en varios países entre el 10% y el 20% de la población general, y la definición del DSM-IV reduce la horquilla del 5% al 9% (Miranda, Jarque y Soriano, 1999) Según las modificaciones introducidas en el DSM-5 se prevén tasas mayores. (Frances, 2010). El libro Blanco Europeo sobre el TDA-H afirma que uno de cada veinte niños y adolescentes europeos lo padece (Young, Fitzgerald y Postma, 2013). En España, se presumen 400.000 niños y adolescentes con TDA-H (Fernandez-Jaen, Fernández-Mayoralas, Calleja y Muñoz, 2007)

Este artículo trata de analizar algunas claves epistemológicas relacionadas con la propia definición, detección

y tratamiento del trastorno, cuestionando las mismas bases sobre las que se fundamenta. Asume, a su vez, que este proceso está guiando a multitud de profesionales, independientemente de sus intenciones éticas, hacia severas pautas de medicalización de la infancia y la adolescencia en grandes áreas del planeta. A tenor de esta realidad, propone herramientas para el debate.

EL TÉRMINO MEDICALIZACIÓN

El término medicalización apareció por primera vez en la obra "Némesis Médica" del filósofo austriaco Ivan Illich. Con este término hacía referencia a la colonización de la medicina institucionalizada de facetas de la vida que trascendían los límites reales y éticos de la propia acción médica (Illich, 1975). Definir como patológico un fenómeno cualquiera del amplio espectro posible que el mapa del desarrollo humano es capaz de dibujar, y proceder luego a medicarlo, es un hecho claro de medicalización. Estos casos representan el ejercicio de un poder social y político de las instituciones médicas, que regulan, definen y corrigen los límites de lo socialmente tolerable y permisible en un tiempo dado (Foucault 2007, 2009). En la actualidad, la intervención médica no se reduce al campo de la enfermedad, el malestar o la demanda de los pacientes, sino que llega a imponerse autoritariamente, como en el caso de los exámenes médicos para acceder a determinados puestos de trabajo o al peritaje psiquiátrico de orden judicial (Castro, 2009).

Correspondencia: Carlos Javier López Castilla. Centro Andaluz de Intervención Psicosocial. C.A.I.P. C/ Joaquín Costa, 34, bajo. 41002 Sevilla. España. E-mail: info@centropsicosocial.es



La medicalización de la existencia conlleva que gran parte de nuestro abanico comportamental sea objeto de controles médicos como los cambios asociados a los ciclos de la vida, las pequeñas molestias, o la ansiedad leve (Rodríguez, 2008). En un contexto como el descrito, la invención o extralimitación de enfermedades ya existentes a amplios sectores de la población, no sólo es una forma de control social (Moral, 2008; Manuel, 2010), reflejo de los designios culturales y morales de un tiempo dado, sino también un lucrativo negocio para las industrias cimentadas sobre la salud (Blech, 2005; Martínez, 2006). La atención en salud infantil no es ajena al fenómeno de transformar situaciones normales en patológicas y generar enfermedades a partir de situaciones potencialmente tratables. Pero aún asumiendo la multiplicidad de agentes implicados en la mercantilización de la enfermedad, son el colectivo sanitario y las instituciones encargadas de la atención infantil y la salvaguarda de los derechos fundamentales de los menores las principales responsables de comprender el problema y proponer soluciones. (Morell, Martínez y Quintana, 2009)

DOS EJEMPLOS DE LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL DIAGNÓSTICO EN SALUD MENTAL

Antes de presentar las falacias sobre las que se apoya el edificio diagnóstico del TDA-H y su tratamiento farmacológico masivo, se presentan dos casos introductorios, con la intención de ayudar a reflexionar sobre la a veces precaria objetividad del método científico en salud mental. Para ilustrar la influencia de poderes ajenos a la aplicación escrupulosa de la metodología científica en lo tocante a la definición y tipificación de diagnósticos, así como a los tratamientos psiquiátricos, se presenta a continuación los casos históricos de la "homosexualidad" y la "lobotomía" respectivamente.

Como afirman Moser y Kleinplantz (2004), todas las sociedades estipulan criterios de control para sus miembros en lo tocante a la conducta sexual. Definir determinados intereses sexuales como trastornos mentales puede acarrear según la cultura de procedencia, desde la muerte o la cárcel hasta la pérdida de derechos civiles u otras sanciones. La masturbación, el sexo oral, el sexo anal o la homosexualidad fueron en tiempos pasados reconocidas como enfermedades mentales tipificadas o recogidas como síntomas de otras patologías. En 1973, la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, 1974) afirmó su posición de que la homosexualidad *per se* no es un desorden mental diagnosticable. Este hecho vino desencadenado, más allá de los

nuevos escenarios políticos, sociales e históricos surgidos en aquellos años, por la más concreta movilización de Comité contra la Supresión de la Homosexualidad del DSM-II, que promovió la celebración de un referéndum en el seno de la APA acerca de dicha cuestión. En 1985, mientras se elaboraba la revisión del DSM III, los términos "homosexualidad ego-distónica" y "alteración disfórica premenstrual", éste último auspiciado por las movilizaciones de colectivos feministas, fueron debatidas hasta su definitiva desaparición del DSM III-R, publicado en 1986 (Urionabarrenetxea, 2008). Ambos casos muestran cómo la influencia de prejuicios culturales y la influencia de movimientos articulados políticamente pueden influir en la presuntamente objetiva toma de decisiones científica, especialmente en un campo abonado para ello, dada la peculiaridad de los fenómenos que estudia, como es el de la salud mental.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL TRATAMIENTO

El siguiente ejemplo comienza a gestarse en el año 1935, cuando el neurólogo portugués Antonio Egas Moniz se convierte en uno de los pioneros en la aplicación de la lobotomía prefrontal en humanos para el tratamiento de patologías como la esquizofrenia, la depresión o la ansiedad generalizada. En 1947 recibe el premio de Nobel de Medicina por tal invención, así como por la creación de la técnica diagnóstica conocida como angiografía (Jansson, 1998). Dos años antes, el neuropsiquiatra norteamericano Walter Freeman había modificado la técnica creando la lobotomía transorbitaria o "lobotomía con picahielo", consistente en introducir con ayuda de un martillo un punzón de metal a través de la órbita que comunica directamente con el lóbulo frontal seccionando las fibras nerviosas (Jinich, 2009). Este procedimiento abarataba los costes, haciendo prescindible la anestesia general y la necesidad de un quirófano. La práctica de la lobotomía se convirtió en rápida y ambulatoria. Cuando la aplicación de esta práctica quirúrgica comenzó su declive en 1960, se registraron, tan sólo en Estados Unidos, 100.000 lobotomías efectuadas. En 1986, el Departamento de Asesoramiento de Tecnología de Gran Bretaña publica una revisión literaria en la que concluye que la lobotomía prefrontal carece aún de base científica. Actualmente ha llegado a declararse ilegal en varios países (Hernández, Zaloff y Rosler, 2010).

En los casos anteriores, tanto los ejemplos de diagnósticos como los de tratamiento, la mayor parte de la comunidad científica blandió la veracidad objetiva de los



datos estudiados, ajenos a las falacias lógicas sobre las que se sustentaban y la devastadora influencia del entorno sobre las conclusiones. Estos casos de la historia reciente demuestran que la asepsia epistemológica de los estudios y prácticas en salud mental se ven en ocasiones, aunque no se desee y trate de ser controlada, más impelidas por las fuerzas culturales, políticas y económicas del entorno en que se producen que por la lógica inmaculada de un procedimiento metodológico concreto.

EL CASO PARAGIGMÁTICO DEL TDA-H

El catálogo de diagnósticos CIE-10 recoge el trastorno hiperactivo, que a su vez incluye el trastorno de la actividad y de la atención, el trastorno hiperactivo disocial, y otros trastornos hiperactivos. No presenta el trastorno de déficit de atención porque, a juicio de la Organización Mundial de la Salud (1992), puede llevar a un sobrediagnóstico de niños apáticos, soñadores o con preocupaciones ansiosas, cuya problemática sería de origen y cariz distinto.

Sin embargo, es la definición del DSM la que ha cosechado mayor aceptación entre profesionales, académicos e investigadores (Calderón, 2003). Son especialmente los tímidos, imprecisos y discutibles requisitos diagnósticos de este catálogo los que han provocado en gran medida una epidemia planetaria de trastornos de atención. Sin embargo, la actualización del catálogo en la forma del DSM-5 parece estar lejos de corregir las fallas producidas por el antecesor (American Psychiatric Association, 2013). A juicio de Allen Frances (2010, 2014), uno de los responsables de la edición anterior, contiene peligrosas modificaciones. Entre ellas, este autor destaca la ampliación de la edad de comienzo del trastorno; la eliminación del requisito de discapacidad, convirtiendo la mera presencia de los síntomas como hecho suficiente para el diagnóstico; la reducción a la mitad de los síntomas requeridos para el diagnóstico en adultos; y permitir que niños con autismo sean diagnosticados de TDA-H. Hasta el 70% de las personas descritas con Trastornos Generales del Desarrollo cumplen los criterios del TDA-H (Ruggieri, 2006). Tales modificaciones dan mayor laxitud y flexibilidad a la etiqueta, permitiendo albergar bajo su paraguas diagnóstico a un amplio número de población infantil y adulta casi imaginable. Por otro lado, abre la veda al abuso de estimulantes en poblaciones en situaciones especialmente vulnerables como son los niños con autismo.

Pero más allá de las descripciones recogidas en los dos catálogos diagnósticos de referencia en salud mental a nivel internacional, el acuerdo en la definición de la patolo-

gía y los datos colegidos de la misma distan de cultivar un consenso aceptable en la comunidad científica. Como señala Lasa (2007) al examinar el debate actual en torno al TDA-H, el acuerdo está lejos de producirse, existiendo una amplia gama de divergencias en el conjunto de investigaciones realizadas, como son: exageradas variaciones de incidencia y prevalencia; incremento abusivo de fármacos estimulantes y diagnósticos errados; diferencias significativas en los criterios usados para el diagnóstico; y seguimientos terapéuticos escasa o nulamente controlados. En definitiva, existe una profunda controversia tanto entre investigadores como profesionales de intervención (Pelayo, Trabajo y Zapico, 2012).

De este modo, consideramos el TDA-H como un ejemplo paradigmático de la medicalización en salud mental, pues reúne varias de las características que empujan a la medicalización masiva: una definición que permite englobar a cantidades ingentes de población, patologización de respuestas comportamentales sanas en contextos insalubres, "biologización" y cerebración de las causas, estigmatización y cronificación, entre otras.

FALACIAS QUE COMPONEN Y SOSTIENEN EL TDA-H

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define falacia "como engaño, fraude o mentira con que se intenta dañar a alguien" o el "hábito de emplear falsedades en daño ajeno". Este artículo, como ya ha sido mencionado, no cuestiona la buena voluntad de los profesionales e investigadores en salud mental infantil, así como la de los otros actores implicados, pero tampoco cuestiona el daño que miles de menores están padeciendo en base a un conjunto de falacias, comenzando por la que define el método científico como ajeno a toda tentativa de poder político y/o económico. En palabras de Nietzsche (cit. en Nardone, 2008), en ocasiones, "el camino al infierno está empedrado de buenas intenciones".

El TDH-A es un déficit neurológico

En una emblemática publicación, fechada en 1998 y promovida por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos, se buscó una visión de consenso entre los especialistas en TDA-H acerca de los resultados de décadas de investigación (National Institute of Health, 2000). Se llegó a la conclusión de que no existía un déficit neurológico asociado al diagnóstico. Hasta la fecha, sigue sin encontrarse una etiología orgánica que explique la existencia del mismo. Los parámetros usados para su diagnóstico son meramente descriptivos. Se reúnen un conjunto de síntomas, se evalúan subjetivamente por



partes implicadas en el proceso y se comparan a una escala de normalidad cuestionable.

Respecto a la información presuntamente objetiva, recabada por los profesionales de la salud, el diagnóstico y tratamiento de TDA-H obedece a una visión reduccionista y simplificadora de la psicopatología. Detectada una sintomatología, se obvia la etiología contextual, sistémica y ecológica que podría explicar el estado del menor, así como las claves emocionales implicadas y su historia psico-evolutiva. Se deduce, en un salto lógico erróneo, una alteración orgánica de la mera presencia de un cuadro sintomatológico valorado en función de parámetros sociales.

Como afirma Pérez Álvarez (2011), existe en la actualidad una tendencia a suponer determinados rasgos cerebrales como factores causales del comportamiento. Para rebatir lo que ha denominado *cerebrocentrismo* (Pérez Álvarez, 2012), propone dos ejemplos harto conocidos en la literatura neurocientífica. En primer lugar, cita el cerebro de los taxistas de Londres, cuya parte posterior de sus hipocampos se encuentra significativamente aumentada, estableciéndose una relación proporcional entre dicho incremento volumétrico y los años de práctica profesional. Nadie ha preconizado que los taxistas elijan su profesión empujados por la dimensión de su hipocampo, sino a la inversa, como en el caso de los músicos, su siguiente ejemplo, se ha defendido que son los largos años de práctica profesional continuada los que han generado cambios anatómicos en sus cerebros. Para el caso que nos ocupa, definir ciertas alteraciones neurológicas como causa de un cuadro comportamental, es prescindir de toda lógica científica. Las características cerebrales no son exclusivamente causas o consecuencias del comportamiento, sino parte de un proceso de interrelaciones biológicas, sociales y culturales concretadas en una historia de desarrollo individual. Ni siquiera en el caso de llevarse a término una descripción de alteraciones neurológicas concretas, se puede adjudicar a la misma un papel causal.

En definitiva, no existen pruebas fidedignas para la proclamación de un déficit neurológico que avale la implementación de tratamientos psicofarmacológicos (Doyle, Biederman, Seidman, Webwe y Faraone, 2000; Hechtman, 2000), hecho que no impide que la mayor parte de las intervenciones actúen como si así fuera. La etiología del cuadro descrito bajo el nombre de TDA-H puede obedecer más a parámetros sociales y educativos que a alteraciones neurológicas (García de Vinuesa, González Pardo y Pérez Álvarez, 2014).

El método diagnóstico es objetivo

No existen pruebas médicas de diagnóstico que examinen las características biológicas de los sujetos evaluados para determinar la presencia o ausencia de TDA-H. EL método fundamental consiste en la observación, por parte de profesionales especializados, de determinadas áreas comportamentales. La presencia o ausencia de determinadas conductas, así como su frecuencia en un tiempo dado, son las que determinan la inclusión o exclusión de los individuos en dicha categoría diagnóstica. Para facilitar la recogida de información se han diseñado escalas observacionales basadas en el listado de síntomas definitorios del trastorno. Estas listas, bien son una trascripción literal de los requisitos del DSM-IV, bien son adaptaciones de los mismos a un lenguaje y situaciones más cotidianas. De entre tales listados, hemos escogido la Escala Conners como ejemplo (Conners, 1997), dada su popularidad entre profesionales e investigadores.

La escala Conners es un listado de síntomas con un formato de respuesta tipo Likert. Existen cuatro versiones de la prueba: dos extensas (una para padres y otra para profesores) y dos abreviadas (subdivididas del mismo modo que la anterior).

La mayoría de los trabajos que han analizado la concordancia entre padres y profesores, respecto a la evaluación de un mismo sujeto, han encontrado un grado moderado de acuerdo. En la actualidad, no existen datos suficientes para valorar qué informantes (padres o profesores) representan mayor fiabilidad para discriminar la existencia o no de TDA-H. Algunos trabajos indican que ha de prevalecer la información de los profesores, otros que la de ambos y otros que la de los padres (Amador, Idiazabal y Sangorrín, 2002). La ausencia de un criterio unificado en el diagnóstico resta credibilidad a las evaluaciones, aún asumiendo la fiabilidad de las partes subjetivas.

Además, la escala Conners no realiza un diagnóstico diferencial claro. Niños que podrían ser positivamente diagnosticados con TDA-H bajo su uso podrían pertenecer a otras categorías diagnósticas psiquiátricas o a padecer dificultades de aprendizaje (Advokat, Martino, Hill y Gouvier, 2007).

La opinión de padres y profesores no sólo está mediada por sus propias creencias y prejuicios, sino por una historia relacional con el sujeto evaluado. Esta realidad podría gozar de un sentido constructivo en el seno de una psicoterapia que respetara la verdad subjetiva de cada una de las partes, pero no en un tratamiento que



receta psicofármacos estimulantes bajo el amparo de una realidad falsamente objetiva.

EL TDH-A es diagnosticado por profesionales especializados

La metodología diagnóstica, descrita en el apartado inmediatamente anterior, implica que, en muchas ocasiones, sean los padres y profesores los principales encargados de hacer las observaciones sobre las que se dictamina el diagnóstico. Esta observación no se realiza siguiendo una metodología observacional adecuada, que respete las pautas de fiabilidad y validez dignas de todo registro de confianza, sino que se basa en el recuerdo y opinión subjetiva de personas que carecen tanto de formación en salud mental como de los conocimientos metodológicos necesarios. Entre un 40% y un 50% de los varones son consignados como hiperactivos por padres y profesores (Fernández-Jaen et al. 2007). Hay que añadir que a eventos prácticos, el diagnóstico parte en ocasiones de profesionales de la educación o la medicina, carentes también de formación específica en salud mental.

La intervención se encamina a disminuir el sufrimiento del menor

Si en la escuela un niño no presta atención a los detalles o comete errores en las tareas escolares, le cuesta mantener la atención sobre las mismas, no las finaliza, le cuesta jugar en silencio durante los momentos de ocio, mantenerse sentado durante un tiempo prolongado en el aula, suele olvidar las tareas de un día para otro y tiende a distraerse en clase, estamos ante un claro ejemplo de niño trastornado por una capacidad atencional deficitaria. Así es descrito por el principal manual de diagnóstico psiquiátrico (DSM). Y como se mencionó al principio del artículo, el número de niños afectados alcanza cifras epidémicas y crecientes. Creemos que la inmensa mayoría de profesionales al contemplar tales criterios diagnósticos, apelando más a su conciencia y entendimiento puramente humanos, que a la perspectiva adiestrada del pensar científico o profesional, han de atisbar algo del descomunal absurdo que entraña tal descripción. Una sociedad que en base a tales comportamientos no ejerce ninguna autocritica acerca de la deriva de su sistema educativo y la privación emocional y relacional de la sociedad contemporánea (Bauman, 2002), sino que se limita a adjudicar una etiqueta diagnóstica y una disfunción cerebral a los niños que así se comportan, ha de pararse seriamente a reflexionar so-

bre su quehacer profesional. El malestar que representa el comportamiento del menor puede deberse en gran parte a una falta de adaptación a un medio escolar anacrónico, condicionado desde su génesis por los sistemas prusianos de organización burocrática (Bowen, 1985), los modelos pedagógicos de inspiración católica (Foucault, 2009), especialmente en Europa, y las necesidades económicas de la sociedad industrial. La política actual tiende a centrarse más en el desastroso fracaso escolar reflejado en la ausencia de logros académicos, que en una crítica constructiva que cuestione los cimientos de un sistema educativo desfasado y diametralmente opuesto a las necesidades emocionales, físicas y cognoscitivas de su alumnado. Sin embargo, es notable el aumento reciente de tales críticas por pensadores notables (Bauman, 2008; Gardner, 1997; Marina, 2010; Morin, 1999; Naranjo, 2002; Schank, 2011). Desde las perspectivas asumidas por tales críticos, replantear la hipótesis original de que la desadaptación del alumno al medio escolar es consecuencia de una patología, por una que describa el mismo fenómeno como una respuesta humana normalizada (y cada vez más normalizada, pues se baraja la cifra de uno por cada veinte alumnos) a un sistema educativo patológico, se convierte en un sano ejercicio de reflexión profesional insoslayable. Si bien desde el presente artículo abogamos por una hipótesis a medio camino entre ambas, es necesario cuestionar el entorno educativo en el que tienden a detectarse la mayoría de los casos de TDA-H, para situar en su justa medida la auténtica realidad del fenómeno.

Pero no sólo es necesario cuestionar los métodos pedagógicos de nuestro sistema educativo actual, sino, para enfocar con mayor claridad, se torna también urgente, analizar los otros contextos sociales por los que la población infantil diagnosticada se ve influenciada. Kabat-Zinn (2007) llega a proponer que su propio país, Estados Unidos, bien podría ser diagnosticado de TDA. En una sociedad que fomenta la impulsividad, la falta de raciocinio crítico, que alimenta hábitos en los que la atención continuada es difícilmente realizable y la hiperactividad a todos los niveles del ecosistema cultural, desde lo laboral a lo familiar, desde el rol de consumidor al de espectador, no es precisamente extraño que se generen individuos que reflejen con especial intensidad, incómoda intensidad, varias de las principales características del sistema en el que crecen. Asumir la realidad del TDA-H no sólo como una patología individual, sino también como un signo de la naturaleza errónea de nuestros sistemas educativos y un reflejo de los modos de



funcionar de nuestra cultura, plantea problemas graves a cualquiera. Es más sencillo resolver la cuestión construyendo una epidemia psicopatológica que reformulando y replanteando muchas de las pautas socioculturales en las que estamos inmersos. En un sentido ilustrativo, es más sencillo medicar a uno de cada veinte niños y adolescentes europeos que modificar desde sus cimientos todo el sistema educativo.

Incluso asumiendo el acierto de esta estrategia diagnóstica, aún podemos plantearnos si las soluciones propuestas son las indicadas para aminorar el sufrimiento de los niños. Observemos el proceso. Una vez el sujeto es diagnosticado, socialmente etiquetado como enfermo trastornado, es adscrito a un conjunto de estereotipos e ideas preconcebidas del medio social en el que vive, generando emociones y pensamientos en aquellos con quien interacciona que son independientes de su comportamiento real (Rüsch, Angermeyer y Corrigan, 2005; López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio, 2008; Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009). Dicho contexto relacional, y los posibles efectos secundarios de los fármacos que ingiere, agravan un proceso de estigmatización que va creciendo peligrosamente conforme avanza la vida del individuo (Muñoz et al; 2009). Además, dicho etiquetaje deja en un estado de indefensión al individuo y sus familiares. Ya lo afirmó Fromm hace décadas, la ambigua psiquiatría contemporánea ha delimitado el campo de lo patológico como una desviación de lo normal. En la antigüedad, esta función social normalizadora era ejercida por otros poderes cuestionables, el individuo podía defenderse a un nivel psicológico de quienes le atacaban como contrario a una doctrina determinada, pero hoy en día ¿quién puede defenderse de la ciencia? (Fromm, 2007).

El tratamiento farmacológico es el más correcto

El uso de psicoestimulantes, como el Metilfenidato, uno de los principales tratamientos para el TDA-H, puede producir claros signos de docilidad en niños y animales, sin que por ello mejore el rendimiento académico o se enriquezca el abanico de comportamientos que permita una mayor adaptación del menor a su entorno (Breggin, 1996). De esta forma, el consumo continuado de psicoestimulantes, como el mencionado metilfenidato, o el metilfenidol o la dextroanfetamina, causan apatía, retiro social, depresión emocional y docilidad, así como comportamientos obsesivos y perseverantes, todos ellos, especialmente aptos para desenvolverse en ambientes altamente estructurados como son las escuelas actuales (Breggin, 1999). En la medida que la evidencia científica no resuelve las cues-

tiones más importantes respecto al tratamiento de los menores diagnosticados, así como ni siquiera se encuentran pruebas concluyentes que avalen la existencia objetiva de una alteración neurológica, el hecho de usar una potente sustancia como medicación en niños de corta edad, parece obedecer más, como comentábamos anteriormente, a la sumisión de las necesidades del niño a las del mundo adulto (Cohen, 2009), que a un tratamiento eficaz para una perturbación de causas desconocidas, sin mencionar los condicionamientos económicos de su uso. Baste indicar que en la década comprendida entre 1993 y 2003 el consumo mundial de medicación para el TDA se triplicó y el gasto global se multiplicó por nueve (2.400 millones de dólares americanos en 2003) (Scheffler, Hinshaw, Modrek y Levine, 2007).

En este apartado, no hemos analizado un problema fundamental, por exceder el campo de estudio prescrito para el artículo, pero de ineludible mención, como es la existencia de una amplia gama de efectos secundarios de los psicofármacos administrados.

CONCLUSIÓN

Dadas las magnitudes epidémicas del fenómeno, la discusión ha trascendido el ámbito académico y profesional, produciéndose cierto eco social que cuestiona y debate aspectos globales y macroeconómicos, como el poderío de las empresas farmacéuticas o la alta efectividad de las modernas estrategias de persuasión publicitaria. Pero este artículo no se centra en dicha perspectiva, sino que invita a una toma de consciencia, a un alto en el camino de los profesionales que trabajamos en los ámbitos relacionados con el diagnóstico de niños con trastornos de atención y las prácticas de atención derivadas. El interés ético que guía nuestras profesiones es impulsar el crecimiento integral de niños y niñas, paliar su sufrimiento y el de sus familias, haciendo honor al interés que se encuentra en el corazón mismo de nuestras labores, sean sanitarias, pedagógicas y/o sociales. Actuar asumiendo un margen de inercia y protocolo que facilite nuestro trabajo es normal y recomendable, pero cuando la realidad deja de encajar con tales atajos, alejándonos de nuestros objetivos, es necesario parar y analizar críticamente la situación. Si lejos de hacer honor al código deontológico de nuestras profesiones, somos agentes activos en la creación y permanencia de una pandemia, es necesario parar, pensar y construir una nueva estrategia de actuación. Desde la perspectiva asumida por este artículo, da igual si la inercia que nos guiaba era animada por los intereses especulativos de multinacionales farmacéuti-



cas u otros siempre discutibles poderes en la sombra, o se debía sencillamente a la infinitamente compleja realidad del mundo, lo que no puede sernos indiferente es alejarnos del propósito que define nuestra labor como profesionales e investigadores. Llegados a este punto, es necesario hacer lo que sabemos hacer, trabajar por el interés, la educación y la salud de los niños y niñas que acuden a nuestros servicios, prestando una ayuda real y efectiva, que no viole el principio hipocrático *primum non nocere*, y que trate además de ofrecer el mejor camino posible al alivio de su sufrimiento.

REFERENCIAS

- Advokat, C., Martino, L., Hill, B.D. y Gouvier, W. (2007). Continuous Performance Test (CPT) of college students with ADHD, psychiatric disorders, cognitive deficits, or no diagnosis. *Journal of Attention Disorders*, 10 (3): 253-256.
- Amador, J.A., Idiazábal M.A. y Sangorrín, J. (2002). Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad *Psicothema*, 14(2), 350-356.
- American Psychiatric Association. (1974). Position statement on homosexuality and civil rights. *American Journal of Psychiatry*, 131(4), 497.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.): DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España.
- Bauman, Z. (2008): *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Barcelona: Gedisa.
- Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino.
- Breggin, P. R y Breggin, G. R. (1996). The hazards of treating "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder" with methylphenidate (Ritalin). *Journal of College Student Psychotherapy*, 10(2), 55-72.
- Breggin, P. R. (1999). Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Part I – Acute risks and psychological effects. *Ethical Human Sciences and Services*, 1(1), 13-33.
- Bowen, J. (1985). *Historia de la educación occidental*. Barcelona: Herder.
- Calderón Garrido, C. (2003). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Programa de tratamiento cognitivo-conductual*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.
- Castro Orellana, R. (2009). Capitalismo y medicina. Los usos políticos de la salud. *Ciencia Política*, 7(1), 7-25.
- Cardo Jalón, E. y Servera Barceló, M. (2003). Trastorno por déficit con atención con hiperactividad. Una visión global. *Anales de Pediatría*, 59(3), 225-228.
- Cohen, E. F y Morley, CH. P. (2009). Children, ADHD, and citizenship. *Journal of Medicine and Philosophy*, 34(2), 155-180.
- Conners, C. K. (1997). *Conners' Rating Scales Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Doyle, A. E., Biederman, J., Seidman, I. J., Webwe, W. y Faraone, S. V. (2000). Diagnostic efficiency of neuropsychological test scores for discriminating boys with and without attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 477-488.
- Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, D. M., Calleja-Pérez, B. y Muñoz Jareó, N. (2007). El niño hiperactivo. *Jano*, 1676, 27-33.
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y Castigar*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. y Chomsky, N. (2007). *La naturaleza humana, justicia versus poder, un debate*. Madrid: Katz Editores.
- Frances, A. (2010). *Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM*. Recuperado el 10-03-2014 de <http://www.psychiatrictimes.com/dsm/content/article/10168/1522341>
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Madrid: Ariel.
- Fromm, E. (2007). *La vida auténtica*. Barcelona: Paidós.
- García de Vinuesa, F., González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2014) *Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y el Trastorno Bipolar Infantil*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gardner, H. (1997). *La mente no escolarizada. Cómo piensan los niños y cómo deberían enseñar las escuelas*. Barcelona: Paidós.
- Hechtman, L. (2000). Assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 481-498.
- Hernández, D., Zaloff, J.M. y Rosler, R. (2010). Historia de la psicocirugía. Lobotomía: del premio Nobel al oprobio. *Cultura e Investigación en Ciencias de la Salud*, 2(2), 1-8.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- Jansson, B. (1998). *Controversial psychosurgery resulted in a Nobel Prize*. Recuperado el 11-02-2014, de



- http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1949/moniz-article.html
- Jinich, H. (2009). La verdad y el error en medicina: enseñanzas de la historia. *Gaceta Médica Mexicana*, 145(3), 255-258.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La Práctica de la Atención Plena*. Barcelona: Kairós.
- Lasa Zulueta, A. (2007). El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. *Psicopatología Salud Mental*, 2, 9-16.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L, López, A., Rodríguez, A. M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 101, 43-83
- Manuel Carballeda, A. J. (2010). La Medicalización de la vida cotidiana como trasfondo de la intervención social. Una revisión del concepto de "determinantes del medio". *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 59, 1-10.
- Marina, J. A. (2010). *La educación del talento*. Barcelona: Ariel.
- Martínez Hernández, A. (2006). El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. *Política y Sociedad*, 43(3), 43-56.
- Miranda, A., Jarque, S. y Soriano, M. (1999). Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista de Neurología*, 28(2), 182-188.
- Moser, C. y Kleinplatz, P.J. (2004). EL DSM y las parafilias: Un argumento para su retirada. *Revista de Terapia Sexual y de Pareja*, 19, 31-56.
- Morell Sixto, M.E., Martínez González, C. y Quintana Gómez J.L. (2009). Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11(43), 491- 512.
- Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. París: UNESCO.
- Moral Jiménez, M. V. (2008). Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. Patologización preventiva de la vida cotidiana. *Boletín de Psicología*, 94, 85-104
- Muñoz, M., Pérez Crespo, M., y Guillén A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense S.A.
- Naranjo, C. (2002). *Cambiar la educación para cambiar el mundo*. Vitoria: Ediciones La Llave.
- Nardone, G. (2008). *La mirada del corazón: aforismos terapéuticos*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- National Institute of Health (2000). National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Diagnosis and treatment of Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 182-193.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Pelayo Terán, J.M., Trabajo Vega, P., Zapico Merayo, Y. (2012). Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y realidades. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 11(1), 7 – 35.
- Pérez Álvarez, M. (2011). *El mito del cerebro creador: cuerpo, conducta y cultura*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pérez Álvarez, M. (2012). Frente al cerebrocentrismo: psicología sin complejos. *Infocop*, 57, 8-12.
- Rodríguez Díaz, S. (2008). El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2(2), 71-85
- Ruggieri, V. L. (2006). Procesos atencionales y trastornos por déficit de atención en el autismo. *Revista de Neurología*, 42(3), 51-56.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. y Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.
- Schank, R. (2011). *Teaching minds: How cognitive science can save our schools*. New York: Teachers College Press.
- Scheffler, R. M., Hinshaw, S.P., Modrek, S. y Levine P. (2007). The global market for ADHD medications. *Health Affairs*, 26(2), 450-457
- Soutullo, C. (2003). Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Medicina Clínica*, 120(6), 222-226
- Urionabarrenetxea, K. M. (2008). Aspectos Éticos de la homosexualidad. En F. J. De la Torre (Ed.), *Sexo, Sexualidad y Bioética* (pp. 87-130). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Young, S., Fitzgerald, M. y Postma, M. J. (2013). *TDAH: Hacer visible lo invisible. Libro Blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados*. Brussels: European Brain Council.

