Aten Primaria. 2012;44(3):125–127

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

EDITORIAL

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y la adolescencia: del constructo social al calvinismo farmacológico

Attention deficit/hyperactivity disorder in childhood and adolescence: From the social construct to pharmacological Calvinism

Javier García Campayo[a,*], Marta Alda Díez[a] y Santiago Gascón[b]

[a] *Servicio de Psiquiatría, Hospital Univesitario Miguel Servet, Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), Red de Investigación en Atención Primaria, España*
[b] *Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza, Teruel, España*

Recibido el 13 de octubre de 2011; aceptado el 24 de octubre de 2011
Disponible en Internet el 3 de enero de 2012

El diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en la población infantojuvenil constituye uno de los temas más debatidos actualmente en medicina. Algunas de las razones de esta polémica son que la enfermedad se produce en el grupo de edad considerado más valioso desde el punto de vista social (niños y adolescentes) y que el tratamiento psicofarmacológico en los niños ha sido considerado, tradicionalmente, un tabú por el miedo a que produzca lesiones irreversibles en el cerebro en crecimiento[1]. En este artículo analizaremos algunas de las bases de este debate, así como las evidencias existentes a favor y en contra.

Nuestra hipótesis es que los valores de la sociedad en que aparece el TDHA modulan el abordaje de la enfermedad, igual que ocurre con la mayoría de trastornos psiquiátricos[2]. Sobre esta base, hemos resumido en la tabla 1 los principales temas de discrepancia entre los profesionales en relación con esta enfermedad.

A continuación desgranaremos los principales argumentos a favor y en contra de cada afirmación.

El TDHA es un constructo social

Las enfermedades no son entes que aparecen como tales en la naturaleza, sino que son categorías abstractas creadas por la medicina en función de los parámetros de la sociedad en que está inmersa. El diagnóstico de la mayoría de los trastornos psiquiátricos no está apoyado por pruebas biológicas concluyentes, sino que se basa en la sintomatología, por lo que está muy influido por los valores y expectativas de la sociedad en que se generan[3]. Se ha intentado demostrar que el TDHA no es un constructo social documentando prevalencias similares en diferentes países y culturas[4]; sin embargo, una frecuencia similar de síntomas en la población mundial no explica por qué se han agrupado para hacer que constituyan una enfermedad[3].

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jgarcamp@gmail.com (J. García Campayo).

0212-6567/$ - see front matter © 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.aprim.2011.10.007

Tabla 1 Algunos argumentos de debate en el diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia

- El TDHA es un constructo social
- La frontera entre lo normal y lo patológico es ambigua
- Una enfermedad no se define solo por la presencia de síntomas
- La decisión de tratar el TDHA presenta importantes componentes sociales
- El tratamiento farmacológico en el TDHA infantil debe ser evaluado en cada caso

TDHA: trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

La frontera entre lo normal y lo patológico es ambigua

Los síntomas psiquiátricos (como ocurre en el resto de la medicina) presentan una estructura dimensional, no categorial. Aunque utilicemos las clasificaciones psiquiátricas, el límite entre lo normal y lo patológico es difícil de establecer en los casos leves, por lo que existe una amplia zona de ambigüedad en la que deben navegar profesionales y pacientes.

Una enfermedad no se define solo por la presencia de síntomas

La presencia de ciertos síntomas es necesaria para definir una enfermedad, pero no es suficiente. Las clasificaciones psiquiátricas exigen que esos síntomas produzcan un deterioro de la actividad social, académica o laboral. Este aspecto clave de la enfermedad es subjetivo y socialmente determinado. En culturas como la occidental, en las que el malestar concomitante a la existencia humana se ha medicalizado[5], y en la que los padres se frustran ante el fracaso académico de los hijos porque la sociedad está basada en el éxito[6], es esperable un crecimiento exponencial del diagnóstico del TDHA.

La decisión de tratar el TDHA presenta importantes componentes sociales

La única forma de explicar que Estados Unidos consuma ocho veces más dosis de metilfenidato per cápita que España y 18 veces más que Chile[7], o que dentro de España los nacionales consuman mucho más metilfenidato per cápita que los inmigrantes[8], tiene que ver con las expectativas del individuo. El desarrollo farmacológico de las últimas décadas ha propiciado un hedonismo social que busca aliviar cualquier malestar psicológico mediante fármacos. Frente a esta postura, un sector de la población rechaza el tratamiento con psicofármacos porque lo considera una muestra de debilidad, negándose a tomarlos incluso cuando existiría un amplio acuerdo sobre la idoneidad de su uso[9].

El tratamiento en el TDHA infantil debe ser evaluado en cada caso

El rechazo a los psicofármacos ha ido, a menudo, asociado a cierto rechazo hacia las compañías farmacéuticas, a las que se considera capaces de «inventar» enfermedades para incrementar el consumo de fármacos[10]. Aunque nadie duda de los efectos adversos del tratamiento para el TDHA en los niños y adolescentes[11], su uso debe ser ponderado en relación con los costes y beneficios en cada paciente. Los tratamientos no farmacológicos, más inocuos, deben ser investigados y recomendados. Cabe esperar que, en el futuro, nuevas tecnologías como la neuromodulación personalizada para el entrenamiento de las funciones cerebrales, permitan mejorar las funciones cognitivas de estos pacientes[12].

Conclusiones

Por tanto, podríamos llegar a las siguientes conclusiones:

1. El TDAH es un conjunto heterogéneo de síntomas que se diagnostican en función de la observación de la conducta del niño, ya que no existen marcadores biológicos. A menudo, quien principalmente observa esta conducta no es el médico, sino los padres y profesores, quienes presionan para buscar soluciones.
2. El hecho de que los síntomas se presenten de forma dimensional y no categorial (de forma que no existe una frontera clara entre sano y enfermo) explica las divergencias en diagnóstico y tratamiento.
3. Aunque se utilicen criterios diagnósticos operativos, como los de las principales clasificaciones psiquiátricas, el TDHA puede infradiagnosticarse o sobrediagnosticarse, porque la toma de decisiones en la zona de ambigüedad sano-enfermo responde a los valores del individuo y de la sociedad.
4. Los datos respecto a la eficacia de los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, son incompletos, complejos de analizar y, a veces, contradictorios.
5. En esta enfermedad, el debate se ha focalizado en si el tratamiento farmacológico es bueno o malo, en vez de formar a las familias para prevenirla y disminuir su impacto. Cuando las familias decidan la necesidad de tratamiento, la obligación de los profesionales es exponer de forma objetiva las ventajas e inconvenientes de la terapia farmacológica y no farmacológica.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Parens E, Johnston J. Understanding the agreements and controversies surrounding childhood psychopharmacology. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2008;2:5.
2. Sadler JZ. Values and psychiatric diagnosis. Oxford: Oxford University Press; 2005.
3. Amaral OB. Psychiatric disorders as social constructs: ADHD as a case in point. Am J Psychiatry. 2007;164:1612–3.

4. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry. 2007;164:942–8.
5. Conrad P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
6. Harkness H, Raeff C, Super C. Variability in the social construction of the child: new directions for child and adolescent development. San Francisco: Jossey Bass; 2000.
7. Parens E, Johnston J. Facts, values, and attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an update on the controversies. Child Adolesc Psychiatr Mental Health. 2009;3:1.
8. Macipe-Costa RM, García-Campayo J, Gimeno-Feliu LA, Magallón-Botaya R, Armesto-Gomez J. Differences in Methylphenidate Use Between Immigrants and Spaniards in the Child Population of Aragon, Spain: A Retrospective Study. J Child Neurol. 2011;26:1265–70.
9. Klerman GL. Psychotropic hedonism vs pharmacological Calvinism. Hastings Cent Rep. 1972;2:1–3.
10. Angell M. The truth about drug companies: How they deceive us and what to do about it. New York: Random House Publishers; 2004.
11. Vitiello B. Understanding the risk of using medications foratttention deficit hyperactivity disorder with respect to physical growth and cardiovascular function. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2008;17:459–74.
12. Escolano C, Aguilar M, Minguez J. Effects of Upper Alpha Neurofeedback Training on Working Memory Performance and on Electrophysiology. En: 33rd Annual International IEEE EMBS Conference. 2011.