CARTAS DEL FORUM 5

Lo que la evaluación silencia: la infancia bajo control

Sevilla 30/04/2012

"Las cifras eran términos medios,
y los términos medios se aplicaban a los que eran también términos medios".

Tom Wolfe. *Elegidos para la gloria,* Anagrama, p. 34

RITALINE GONE WRONG:

EL METILFENIDATO NO HA FUNCIONADO (The New York Times 29/01/2012)

L. Alan Sroufe,
Profesor Emérito de Psicología en el Instituto de Desarrollo del Niño de la Universidad de Minnesota

Fuente:
http://yoamoaalguiencontdah.blogspot.com.es/
Agradecemos a Jordi Badia el acceso a este articulo a través de su blog

Tres millones de niños en este país toman fármacos para sus problemas de atención. A finales del pasado año muchos padres se alarmaron profundamente ante la escasez (restricciones) de medicamentos como Ritalin y Adderall, que consideran absolutamente esenciales para el funcionamiento de sus hijos. Pero ¿están en realidad ayudando estos fármacos a los niños? ¿Realmente, debemos seguir aumentando las prescripciones?

En treinta años se ha multiplicado por veinte el consumo de fármacos para el trastorno de déficit de atención (TDAH). Como psicólogo que ha estado estudiando los trastornos del desarrollo de niños durante más de cuarenta años, creo que debemos preguntarnos por qué dependemos tanto de estos fármacos. Los fármacos para el déficit de atención aumentan a corto plazo la concentración (de la atención), y por esta razón les funciona tan bien a los estudiantes universitarios que preparan sus exámenes rápidamente a última hora. Pero cuando se dan a los niños, durante largos periodos de tiempo, no mejoran su rendimiento escolar ni reducen sus problemas de comportamiento.

Tristemente, pocos médicos y padres parecen tomar conciencia de lo que hemos ido aprendiendo acerca de la falta de efectividad de estos fármacos. Lo que se ha publicado son resultados a corto plazo y estudios acerca de las diferencias en el cerebro de estos niños. En realidad se trata de hechos incontrovertibles que, a primera vista, parecen apoyar la opción de los fármacos. En realidad es por basarse en este fundamento parcial, por lo que el enfoque del problema actual del tratamiento de estos niños ha sido tan difícil. En los años 60, yo creía entonces, como muchos psicólogos, que los niños con dificultades de concentración sufrían un problema cerebral innato, genético o de algún otro tipo. Al igual que el diabético tipo I necesita la insulina para corregir los problemas de su bioquímica innata, se creía que estos niños requerían fármacos para el déficit de atención para corregir los suyos. Sin embargo, resulta que hay poca o ninguna evidencia que apoye esta teoría.

En 1973 revisé para el New England Journal of Medicine la literatura sobre el tratamiento farmacológico. Docenas de estudios bien controlados mostraban que estos fármacos mejoran inmediatamente el rendimiento de los niños para tareas repetitivas que requieran concentración y diligencia. Yo mismo dirigí uno de estos estudios. Maestros y padres informaron también de la mejoría del comportamiento en casi todos los estudios a corto plazo. Esto estimuló un incremento del uso de fármacos y llevó a muchos a concluir que la hipótesis de un "déficit cerebral" quedaba confirmada. Pero continúan surgiendo cuestiones, especialmente en lo que concierne al mecanismo de acción de los fármacos y a la duración de sus efectos. Ritalin y Adderall, una combinación de dextroanfetamina y anfetamina, son estimulantes. Entonces ¿por qué parece que calman a los niños? Algunos expertos argumentaron que era porque los cerebros de niños con problemas de atención son diferentes y los fármacos tenían sobre ellos un misterioso efecto paradójico. Sin embargo, realmente, no había paradoja. Este tipo de fármacos se había administrado, durante la segunda guerra mundial, a los operadores de radar para ayudarles a permanecer despiertos y concentrados en tareas aburridas y repetitivas. Y cuando en 1990 revisamos la literatura sobre fármacos para el déficit de atención encontramos que, tanto si tienen problemas de atención como si no, responden a los fármacos estimulantes del mismo modo. Además, mientras que los fármacos ayudan a los niños a asentarse en clase, en realidad aumentan su actividad en el patio de recreo. Los estimulantes tienen generalmente los mismos efectos en todos los niños y adultos. Mejoran la capacidad de concentración, especialmente en tareas que no son interesante en sí mismas o cuando se está fatigado o aburrido, pero no mejoran las capacidades globales de aprendizaje. Así como les ha ocurrido a muchas personas que usaron y abandonaron fármacos similares para adelgazar, los efectos de los estimulantes en los niños con problemas de atención se desvanecen cuando se prolonga su utilización.

Algunos expertos han argumentado que los niños con TDAH no desarrollan tal tolerancia porque sus cerebros tienen algo diferente. Pero de hecho, la pérdida de apetito y el insomnio de los niños que inician la toma de fármacos para el TDAH se van desvaneciendo progresivamente y, como ahora sabemos, lo mismo ocurre con sus efectos sobre el comportamiento. Parece que es por desarrollar una tolerancia al fármaco como su eficacia desaparece. Muchos padres que quitan los fármacos a sus hijos encuentran que su comportamiento empeora, lo cual, muy probablemente, confirma su creencia en la eficacia del fármaco. Pero su conducta empeora porque el cuerpo del niño se ha habituado al fármaco. Los adultos pueden tener reacciones similares cuando bruscamente recortan el café o dejan de fumar.

Hasta ahora, ningún estudio ha encontrado a largo plazo, un beneficio (de la medicación para el TDAH) sobre el rendimiento académico, las relaciones con sus compañeros o sobre los problemas de conducta, que en realidad son las cosas importantes que hay que mejorar. Hasta hace poco, la mayoría de los estudios sobre estos fármacos no habían sido debidamente randomizados y algunos de ellos tenían otros defectos metodológicos.

Pero en 2009, fueron publicados los hallazgos de un estudio bien controlado, que se ha ido desarrollando durante más de una década, y cuyos resultados eran muy claros. Este estudio asignaba al azar (randomizado) a casi 600 niños con TDAH a cuatro tipos de tratamiento. Algunos recibían solo medicación, otros solo terapia cognitivo-conductual, otros medicación y terapia y los restantes recibían cuidados comunitarios grupales sin ningún tipo de tratamiento sistematizado.

Al principio este estudio sugería que la medicación, o la medicación más la terapia, producían los mejores resultados. Sin embargo, después de tres años, los efectos se apagaban y, después de ocho años, no había evidencia de que la medicación produzca ningún beneficio académico o del comportamiento. De hecho, todos los éxitos del tratamiento desaparecen con el tiempo, aunque el estudio continúa. Es evidente que estos niños necesitan un mayor apoyo que el ofrecido en este estudio sobre la medicación, apoyo que debe comenzar antes y durar más tiempo.

Sin embargo, los hallazgos de las neurociencias se están utilizando para apoyar el argumento de utilizar los fármacos para tratar un hipotético "defecto innato". Estos estudios muestran que los niños que reciben un diagnóstico de TDAH tienen diferentes patrones de neurotransmisores y otras anomalías en su cerebro. La sofisticación tecnológica de estos estudios puede impresionar a los padres y a los no profesionales, pero puede resultar engañosa.

Por supuesto que los cerebros de estos niños con problemas de conducta pueden mostrar anomalías en las exploraciones. No podía ser de otra manera. Conducta y cerebro están entrelazados. La depresión también aumenta y disminuye en muchas personas y, como lo hace, se producen cambios paralelos en el funcionamiento cerebral, independientemente de la medicación.

Muchos de los estudios del cerebro de los niños con TDAH involucran a los participantes en pruebas que implican una tarea de atención. Si estos niños no están prestando la atención debido a la falta de motivación o de una capacidad infradesarrollada para regular su comportamiento, los escáneres cerebrales serán ciertamente anómalos. Como quiera que se mida el funcionamiento del cerebro, estos estudios no nos dicen nada acerca de si las anomalías observadas estaban presentes al nacer o si resultan de un trauma, del estrés crónico o de otras experiencias de la primera infancia. Uno de los más profundos hallazgos en la neurociencia de la conducta en los años recientes ha sido la clara evidencia de que el desarrollo del cerebro está moldeado por la experiencia.

Ciertamente, es verdad que un amplio número de niños tienen problemas con la atención, la auto-regulación y la conducta ¿Pero estos problemas son a causa de algunos aspectos presentes ya al nacer? ¿O están causados por experiencias en la primera infancia? Estas preguntas solo pueden ser respondidas estudiando los niños y sus entornos desde antes del nacimiento y a través de la infancia y la adolescencia, como con mis colegas de la Universidad de Minnesota hemos hecho durante décadas. Desde 1975, hemos seguido a 200 niños que nacieron en la pobreza y por lo tanto más vulnerables a problemas de conducta. Se incluyó a sus madres durante el embarazo, y en el transcurso de sus vidas, hemos estudiado sus relaciones con los cuidadores, maestros y compañeros. Hemos seguido su progreso a través de la escuela y sus experiencias en la edad adulta temprana. A intervalos regulares se mide su salud, su comportamiento, el desempeño en pruebas de inteligencia y otras características. Al final de la adolescencia, 50 por ciento de la muestra recibió algún diagnóstico psiquiátrico. Casi la mitad había mostrado problemas de comportamiento en la escuela por lo menos en una ocasión, y hubo un 24 por ciento de abandono escolar hasta el 12 º grado; el 14 por ciento cumplieron con los criterios para el TDAH entre 1º y 6º grado. Otros estudios epidemiológicos a gran escala confirman estas mismas tendencias en la población general de niños desfavorecidos. Entre todos los niños, incluidos todos los grupos socioeconómicos, la incidencia del TDAH se estima en un 8 por ciento. Lo que encontramos fue que el ambiente del niño predice el desarrollo de problemas de TDAH. En marcado contraste, la medición de anomalías neurológicas al nacer, del C.I., y del temperamento infantil –incluido el nivel de actividad infantil- no predicen un TDAH. Un montón de niños de familias pudientes son también diagnosticados de TDAH. Los problemas de conducta en niños tienes varios orígenes posibles. Entre ellos situaciones de stress familiar como la violencia doméstica, la falta de apoyo social de amigos o familiares, situaciones vitales caóticas, incluyendo mudanzas frecuentes y, especialmente, patrones familiares de intrusión que involucran al bebé en estimulaciones para las que no está preparado. Por ejemplo, un bebé de seis meses está jugando, y el padre lo coge rápidamente por detrás y lo sumerge en el baño. O un niño de 3 años de edad que se está frustrando intentando resolver un problema, y un padre le ridiculiza o se burla. Tales prácticas son excesivamente estimulantes y también comprometen el desarrollo de la capacidad de autorregulación del niño.

Administrar fármacos no hace nada para cambiar las condiciones que, en primer lugar, desvían su desarrollo. Sin embargo, esas condiciones están recibiendo muy poca atención. Los responsables políticos están tan convencidos de que los niños con TDAH tienen una enfermedad orgánica que todos han suspendido la búsqueda de una comprensión integral de su enfermedad (condition).

El Instituto Nacional de la Salud Mental financia investigaciones dirigidas principalmente a los componentes fisiológicos y cerebrales del ADD. Si bien hay algunas investigaciones dirigidas a otros métodos de tratamiento, se estudia muy poco con respecto al papel de la experiencia. Los científicos, conscientes de esta orientación, tienden a presentarse a las subvenciones que sólo se dirigen a dilucidar la bioquímica.

Por lo tanto, sólo se plantea una pregunta: ¿hay aspectos del funcionamiento cerebral asociados con problemas de atención del niño? La respuesta es, siempre, sí. Lo que puede perderse de vista es la muy real posibilidad de que tanto las anomalías del cerebro como el TDAH sean un resultado de la experiencia. Nuestro transcurso actual plantea numerosos riesgos. Primero, nunca habrá una solución única para todos los niños con problemas de conducta y del aprendizaje. Mientras que un número menor podrá beneficiarse de un tratamiento farmacológico a corto plazo, los tratamientos, a gran escala, a largo plazo, para millones de niños no tienen respuesta. Segundo, la medicación a gran escala de niños desemboca en una visión de la sociedad de que todos los problemas de la vida se pueden solucionar con una pastilla y les da a millones de niños la impresión de que hay algo inherentemente defectuoso en ellos.

Finalmente, la ilusión de que los problemas de conducta de los niños pueden curarse con fármacos nos evita que, como sociedad, tratemos de buscar las soluciones más complejas, que serían necesarias. Los fármacos sacan a todos –políticos, científicos, maestros, padres- del apuro. A todos, excepto a los niños. Si los fármacos, que los estudios muestran que actúan de cuatro a ocho semanas, no son la respuesta, ¿cuál es?

Muchos de estos niños tienen ansiedad o depresión; otros muestran el stress familiar. Necesitamos tratarlos como personas individuales. En cuanto a la restricción (escasez), va a seguir creciendo y decreciendo. Puesto que estos fármacos crear habituación (dependencia), el Congreso decide cuantos deben fabricarse. La cantidad aprobada no debe seguir el ritmo de la ola de prescripciones. Pero al final de este año, habrá con toda probabilidad otra restricción, ya que continuamos confiando en medicamentos que no están haciendo lo que muchos padres, terapeutas y maestros bien intencionados creen que están haciendo.