



Universidad de la República Oriental del Uruguay

Facultad de Psicología

Controversias sobre la prescripción de metilfenidato en niños con Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH)

Estudiante: Lourdes Rosario Vignoli De Leon

CI: 3.258.839-7

Montevideo-Uruguay Julio-2014

Tutor: Prof. Agdo. Mag. Juan Fernández Romar

Resumen:

El consumo del fármaco metilfenidato aumentó notoriamente en los últimos años, su principal uso es el tratamiento de niños diagnosticados con Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH). Por tratarse de una anfetamina, su consumo es vigilado por organismos internacionales como las Naciones Unidas, debido a los efectos nocivos que las mismas presentan.

Este artículo procura aportar datos sobre el uso del metilfenidato a nivel nacional e internacional. Tomando como referencia algunas de las últimas investigaciones realizadas a nivel de la medicina y las ciencias sociales.

Aborda además algunos de los cuestionamientos que se formulan con mayor frecuencia en relación a los beneficios y los efectos contraproducentes que dicho fármaco provoca en los niños que lo consumen.

Se intenta explicar las posibles causas, tanto del aumento de las prescripciones, consumo del fármaco como del incremento de los niños diagnosticados con TDAH.

Palabras clave: metilfenidato, consumo, TDAH, psiquiatría infantil

Abstract:

Methylphenidate drug consumption increased dramatically in recent years. Its primary use is the treatment of children diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Being an amphetamine, its consumption is monitored by international agencies like the United Nations, because of the harmful effects they have.

This article seeks to provide data on the use of methylphenidate at national and international level. Drawing on some of the latest research conducted at the level of medicine and the social sciences. Also addresses some of the questions that are frequently asked in relation to the benefits and the adverse effect that the drug causes in children who consume it.

It attempts to explain the possible causes, both the increase in prescriptions AND drug consumption as well as the increasing number of children diagnosed with ADHD.

Keywords: methylphenidate, consumption, ADHD, child psychiatry

El Tribunal de Familia, el día 24 de abril de 2009, exhortó al Ministerio de Salud Pública a controlar el consumo de metilfenidato, el mismo se comercializa en Uruguay con el nombre de Ritalina y se prescribe a los niños con Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH). En la sentencia emitida por dicho tribunal, se hace referencia a la existencia de un 30 % de niños uruguayos diagnosticados con TDAH y medicados con éste fármaco al tiempo que se señala que a nivel mundial ese porcentaje ronda tan sólo el 5 % de niños con TDAH. (Sentencia N° 131 del Tribunal de Familia del 24 de abril de 2009).

En el año 2010 las Naciones Unidas, realizaron un nuevo llamado de atención a las autoridades uruguayas convocándolas a tomar medidas sobre el aumento en la prescripción de Ritalina.

En este documento se destacan otros datos, indicando que el consumo promedio a nivel mundial en niños con TDAH (para el cual este fármaco es considerado de primera elección) oscila entre un 5 % y 10 % y se subraya que en Uruguay esta cifra aumenta a un 15 %. (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2010).

Diversos autores han investigado y explicado los aumentos significativos de su consumo en diferentes países, señalando que tal incremento puede deberse a:

- Errores en el diagnóstico del TDAH. (Mila, 2003)
- Una nueva forma de modelo disciplinario y farmacológico de inmovilización y tranquilización de niños problemáticos. (Míguez, 2011)
- Dado que son sustancias legales y medicamentos prescritos por profesionales, otorgan determinadas garantías y seguridad en su uso, aumentando su aceptación en la población general, así como en el campo de la salud y disminuyendo consecuentemente la percepción de los riesgos de iatrogenia. (Burrillo et al, 2013)
- Las exigencias curriculares se han multiplicado en las últimas décadas, el tiempo de permanencia en los establecimientos educativos es mayor. Los niños se ven sometidos a exigencias académicas más estrictas y rigurosas que demandan una mayor atención y concentración. (Pelaz et al, 2013)

- Al mismo tiempo en que aumentan las exigencias relacionadas con el rendimiento escolar se suelen estimular modos de diversión vertiginosos, proponiendo un modelo de niños activos y felices atraídos por los records, la velocidad de desplazamiento y los movimientos frenéticos. Características de difícil conciliación automática con el estudio y la inmovilidad de la atención concentrada. (Aduriz, 2001)

Todas estas hipótesis de explicación casual del incremento en el uso de metilfenidato presentan un cierto potencial heurístico y probablemente constituyan en forma combinada razones probables de un consumo desproporcionado de este fármaco.

Los primeros antecedentes del TDAH, según Tubert (2010), son descritos en el año 1902, por George Still, asociándolo al comienzo de la edad escolar y se denominó “Síndrome de lesión cerebral”, atribuyéndole causas neurológicas aunque sin ningún tipo de prueba científica que avale esta idea. (Tubert, 2010)

Desde 1926 y durante varias décadas se consideró que la hiperactividad era causada por una “lesión cerebral mínima”, aunque no se contaba con posibilidades de comprobar efectivamente esta hipótesis diagnóstica. En el año 1935 se diferencia entre niños hiperactivos con lesiones cerebrales y niños hiperactivos sin lesiones cerebrales. (Tubert, 2010)

Los estudios realizados por Bradley, permitieron observar con el uso de anfetamina, cambios notorios en el comportamiento y rendimiento escolar.

En el año 1937 se comenzó a medicar con estos fármacos a niños con esta patología (Tubert, 2010).

En el año 1940 afirma, Janin (2004) en una tesis realizada por Abramson se denominó al hoy conocido TDAH, como “síndrome hiperquinético”, señalando como una de las principales características de dicho trastorno “el exceso de movimiento”.

Con el tiempo se establecieron cuarenta y nueve maneras diferentes de denominar a este trastorno, generando una gran diversidad en su nomenclatura.

De esta forma surgió la necesidad de unificar criterios y esto condujo a la Academia Americana de Psiquiatría a consolidar en 1980, en su Manual de

Estadística y Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM III) la primera descripción canónica del TDAH.

Tanto en DSM III como en el DSM III- R de 1987, se describió el trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad y sin hiperactividad. En cambio en el DSM IV solo se denominó como Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH).

Los criterios para diagnosticar el TDAH establecidos y en vigencia a partir del DSM IV (2002), se dividen en la aparición de seis o más de los siguientes síntomas observables en los niños, por un periodo mínimo de seis meses, con un grado de intensidad que no es el adecuado con el nivel de desarrollo.

Desatención:

- no prestar atención
- descuidos por errores en la escuela, trabajo u otras actividades
- dificultades para mantener la atención en actividades lúdicas o escolares
- no escuchar cuando se le habla
- no seguir instrucciones y no finalizar tareas
- dificultad para organizar actividades y tareas
- evitar la realización de tareas que requieren esfuerzo mental
- extravío de objetos necesarios para tareas escolares o actividades
- se distrae con facilidad a partir de estímulos que no son relevantes
- es descuidado con las actividades cotidianas

Hiperactividad:

- mueve manos y pies en exceso
- abandona el asiento en la clase, cuando se espera que permanezca sentado
- corre o salta en situaciones, donde se espera que se quede quieto
- dificultad para jugar y disfrutar del ocio
- cuando está en marcha, suele actuar como si tuviera un motor
- habla demasiado

Impulsividad:

- responde antes de haber sido realizada la pregunta
- dificultades para esperar su turno

- irrumpe en actividades de otros

Otros criterios para el diagnóstico son:

- los síntomas de hiperactividad e impulsividad o desatención, estaban presentes antes de los siete años de edad
- algunos de los síntomas aparecen en más de dos ambientes por ejemplo, escuela y la casa
- pruebas de un deterioro clínicamente significativo en las actividades académicas, sociales y laborales
- no son síntomas que aparecen en un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno psicótico

El DSM IV, establece además síntomas que dependen de la cultura, sexo y edad, existiendo una mayor prevalencia del TDAH en países occidentales, atribuibles a diferentes formas de diagnosticar el trastorno.

El TDAH se torna difícil de diagnosticar en niños menores de cinco años, debido a que su comportamiento, en esta edad es más variable que en niños mayores. Asimismo se ha observado que la prevalencia del TDAH es mucho más elevada en niños que en niñas, los porcentajes oscilan entre 2,1 % a 9,1 % según el DSM IV (2002).

Existe actualmente una correspondencia entre el creciente aumento de niños diagnosticados con TDAH y el consumo de metilfenidato. El fármaco más utilizado para el tratamiento de dicho trastorno. Se considera que el metilfenidato actúa de forma rápida y eficaz sobre los síntomas del TDAH. (Nieves, 2013).

En la Segunda Guerra Mundial, informa Ruiz (sf), los estimulantes fueron drogas muy apreciadas en especial por los pilotos y soldados que necesitaban además de altos niveles de concentración, pocas horas de sueño.

En el año 1944, se sintetiza por primera vez, el metilfenidato, por parte del químico Leandro Panizzon de los laboratorios Ciba, con el fin de conseguir una droga con menos efectos secundarios que las anfetaminas. El metifenidato fue patentado en el año 1954 con el nombre RITALIN.

En un primer momento se utilizó dicha droga para tratar la depresión y el cansancio, especialmente en ancianos. Más tarde fue utilizado para tratar los síntomas de la narcolepsia.

En los años setenta se comenzó a medicar niños con “disfunción cerebral mínima”. Los estudios sobre la nueva droga siguieron y se publicitó como una droga maravillosa para el tratamiento de esta patología. Aumentando el número de prescripciones de forma desmesurada y más aún cuando su uso fue recomendado por personas públicas como científicos y políticos.

El metilfenidato según Farmanuario (2014) es una droga estimulante del sistema nervioso central, similar a las anfetaminas. Actúa estimulando la liberación en las terminales sinápticas y bloqueando la recaptación de las mismas.

Sus principales usos son el tratamiento del TDHA, narcolepsia, potenciador de antidepresivos, síndrome de fatiga crónica, agresividad causada por lesiones cerebrales, disfunciones sexuales inducidas por el uso de antidepresivos y como coadyuvante en terapia del dolor.

Está contraindicado principalmente en pacientes que presentan ansiedad, agitación, anorexia nerviosa, tics, hipertensión arterial, taquicardia y glaucoma.

Se debe tener precaución cuando es administrado en pacientes con posibles abusos de sustancias, inestabilidad emocional, epilépticos, potencial dependencia al metilfenidato, en niños se debe controlar el peso y la talla, recomendando días libres en la administración si se presentan problemas en el crecimiento.

Además se recomienda no ingerir el medicamento en la tarde para evitar trastornos del sueño.

Las reacciones adversas más frecuentes son por lo general: nerviosismo, euforia, insomnio, agravamiento en síntomas de psicosis o autismo, anorexia, náuseas, cefaleas, mareos, si se interrumpe bruscamente puede ocasionar, letargia, astenia y depresión psíquica.

La dosis recomendada en niños mayores de seis años con TDHA, es de 5 mg. después del desayuno y 5mg. después del almuerzo, si es necesario se puede incrementar entre 5 y 10 mg. diarios y una vez por semana. _

El aumento de niños diagnosticados con TDAH y del consumo de metilfenidato, que colocó en alerta a las autoridades del Ministerio de Salud Pública por parte de entidades internacionales, como la ONU, se viene observando a nivel mundial.

En Estados Unidos existen actualmente once millones de niños y adolescentes que consumen de forma crónica anfetaminas, considerado el país con mayor consumo de metilfenidato según afirma Benasayag (2007).

En el año 2005 en el Consenso Internacional De Expertos De Italia, se lanza una campaña denominada “Arriba las manos de los niños”, este movimiento es uno de los más visibles y con mayor expansión mundial, que promueven la lucha por defender los derechos de la salud de los niños. Informando a padres, docentes y población en general, sobre el abuso en la prescripción de psicofármacos a niños y adolescentes.

Este movimiento considera que existe una emergencia sanitaria, que ha llegado también a Italia y si no se toman medidas, este país quedaría en la misma situación que Estados Unidos.

La situación en España según menciona en un artículo Pelaz et al. (2013), no deja de ser alarmante, ya que para algunos el TDAH se ha convertido en un problema de salud pública. Se estima que este trastorno lo padece entre un 3 % y 7 % de los escolares españoles. El tratamiento de primera elección para estos niños consiste en la administración de metilfenidato de liberación inmediata y de liberación retardada.

En el Reino Unido la cifra de niños con TDAH se ubica entre un 5 % y 10 %, por lo tanto, se incrementó el consumo de metilfenidato y la situación de este país se iguala a los Estados Unidos donde el consumo aumentó un 83 % entre los años 2006 y 2010.

La Asociación de Psicólogos Educativos del Reino Unido, recomendó que los pre-escolares no sean medicados con dicho fármaco, ya que se han detectado casos de niños menores a seis años medicados con metilfenidato. (Dowad y Craig, 2012).

En México, Jofre, Garcia y Jofre (2007) informan que el TDAH, está considerado uno de los problemas clínicos con mayor frecuencia en la población infantil. Según estudios epidemiológicos, los porcentajes de niños con TDAH se ubican entre un 2 % y 10 % de la población infantil mexicana.

Con una prevalencia de varones de 4 a 1 sobre las niñas y el rango de edad donde dicho trastorno se manifiesta es entre 6 y 9 años.

En Chile, una investigación realizada por Buttinghouse, et al. (2011), con niños medicados con metilfenidato que concurren a una escuela de la provincia de Talca. Se señala que la cifra global de niños diagnosticados es de un 5 % de la población infantil, existiendo una prevalencia de varones sobre niñas.

En las últimas décadas Chile, aumentó considerablemente el uso farmacológico para el tratamiento de TDAH, el metilfenidato y las anfetaminas son los fármacos de primera línea para el tratamiento, logrando un control en un corto periodo de tiempo de casi un 70 % de los síntomas. El uso de dicho fármacos es también mayor en varones que en niñas.

Existe en este país una gran controversia sobre si es bueno o no el uso de fármacos estimulantes por los efectos secundarios que generan.

En esta investigación, no se encontró diferencia a nivel socioeconómico, en el desarrollo de los síntomas, diagnóstico y tratamiento. Si bien el tratamiento prioritario es el farmacológico, existe diferencia en el uso de los fármacos que se utilizan, donde el metilfenidato es usado en un 100 % de los niños de nivel socioeconómico alto, en los niveles bajos y medios solo el 11,76 % son tratados con dicho fármaco, esta diferencia puede atribuirse al costo de la medicación. Los niños que utilizan servicios públicos de salud muchas veces no dispones de metilfenidato y son medicados con otro tipo de anfetaminas.

En Argentina según menciona Faraone (2008), La Superintendencia de Servicios de Salud, en el año 2005 aprueba la incorporación de forma obligatoria de metilfenidato en la medicina prepaga y las obras sociales nacionales.

Según los datos de INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo), en este mismo año, la facturación de los fármacos estimulantes en su mayoría, metilfenidato y atomoxetina (un nuevo fármaco indicado para el tratamiento del TDHA), aumentaron en un 50 % con respecto al año 2004.

Algo a destacar y llamativo, en el año 2006, se presentó un proyecto de ley en la Comisión de Salud de la Cámara de Senadores, para pedir protección a las personas con TDAH, donde se establece que “el déficit de atención es una patología de base biológica que se expresa principalmente a través de manifestaciones en la conducta y que es fundamental su diagnóstico precoz” (Faraone, 2008, p.1).

Se declara de interés nacional el diagnóstico y tratamiento del TDAH, el que debe ser clínico, psicológico y farmacológico.

El Ministerio de Salud de la Nación, es la autoridad que regula su aplicación, debe difundir la problemática del TDAH, sus consecuencias, enfermedades asociadas y la difusión debe ser a nivel nacional.

Se presentó además en la Cámara de Diputados de la Nación, otro proyecto, donde se pide arbitrar, mediante qué medios son informados sobre el TDAH, las familias y centros educativos de todo el país.

En el año 2007, los importadores de este tipo de fármacos, solicitan aumentar la cuota establecida por la ONU, para el ingreso de mayor cantidad de la droga base a Argentina.

En el mismo año El Ministerio de Salud de la Nación, informó que existen 50.000 diagnosticados con TDAH de ellos 20.000 son medicados, el principal fármaco y de primera línea de elección en el tratamiento es el metilfenidato.

En Brasil, según lo expresa Kamers (2013), el TDAH en el año 2008, fue el trastorno más diagnosticado por los neuropediatras y psiquiatras infantiles.

En la actualidad se estima que entre un 3% y 6% de la población infantil brasilera, padece dicho trastorno, según el criterio de diagnóstico utilizado, la cifra puede aumentar a un 26 %, la mayor parte de los niños diagnosticados con TDAH están en edad escolar.

En dicho país, Aguiar (2013), indica que el consumo de metilfenidato, entre los años 2000 y 2008, según afirma el Instituto Brasileño de Defensa de los Usuarios de Medicamentos, las ventas de dicho fármaco por caja, paso de 71mil a 1.147.000, el incremento corresponde a 1.615 %. Ésta situación coloca Brasil en el segundo país con el más alto consumo de metilfenidato después de Estados Unidos. El fármaco ha recibido el nombre de "droga da obediencia".

En Uruguay, en un artículo realizado por Speranza et al. (2008) informan que el consumo de dicho fármaco, se duplicó entre los años 2001 y 2006. El incremento del consumo de éste fármaco utilizado para el TDAH, según los autores, se deben a varios factores como son, el mayor conocimiento del trastorno, incremento de la incidencia y sobrediagnóstico del mismo. Se estima

que la prevalencia del TDAH en Uruguay es de un 4,7 %, según la Clínica de Psiquiatría Pediátrica de la Universidad de la República

En países como Francia y Suecia el panorama es totalmente diferente, ya que el consumo de metilfenidato es prácticamente nulo, debido a que existe un control riguroso de este fármaco por tratarse de un estupefaciente, el cual es controlado rigurosamente por las autoridades de la salud. (Apezteguia, 2012).

En Francia según hace referencia Cruz (2014), los últimos estudios indican que la incidencia del TDAH varía según los criterios diagnósticos que se utilicen. Si se evalúa a los niños por medio de los indicadores que establece el DSM-IV, las cifras de niños con dicho trastorno se ubica entre un 5% a 10 %. En cambio si se utiliza el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), las cifras son de 0,4% a 5 % de los escolares. El autor menciona que a pesar de la diferencia de criterios que se utilicen a la hora de diagnosticar el TDAH, el bajo consumo del metilfenidato en los niños franceses se debe al tiempo promedio de detección y el diagnóstico del TDAH, el mismo oscila en 30 meses. No existiendo en dicho país un centro de referencia para este trastorno. La eficacia de los tratamientos que se brinda a los niños nunca fue valorada, además de existir muy poca participación e investigación a internacional por parte de Francia del TDAH, estos datos fueron proporcionados por la última encuesta realizada en el año 2011 por la Alta Autoridad para la Salud de Francia.

Principales cuestionamientos:

En el año 2006 en la V Jornada de Investigación Científica de Montevideo, se presentó una ponencia elaborada por integrantes de la Facultad de Ciencias Sociales, donde se puede leer lo siguiente:

Es claramente visible como familias, los centros educativos (destacando a los centros de enseñanza primaria, pero no sólo) y demás instituciones, realizan una reiterada referencia al consumo del metilfenidato, como “solución mágica” ante trastornos conductuales que presentan algunos niños/as y adolescentes. (Miguez et al, (2006),p. 52).

Los autores plantean que se médica a estos niños y adolescentes para adaptar su conducta a lo que la sociedad considera que es normal y esperado. De ésta manera se marcan diferencias entre los niños y adolescentes medicados y los no medicados que son considerados por la sociedad como “normales”.

La visión de normalidad, pretende una mirada de hombres uniformes, donde lo que se aleja de esta perspectiva o es diferente, debe ser excluido y estudiado.

En este caso los niños que no cumplen con las reglas de conducta esperables, son medicados con Ritalina y no se promueven diagnósticos que puedan diferenciar el TDAH, de otros comportamientos que no precisamente deben ser medicados. De está manera se promueven soluciones rápidas a situaciones consideras muy complejas.

El incrementó de dicha patología parece demostrar que los niños en la sociedad actual nacen cada vez más problemáticos. Dejando de lado que las sociedades occidentales hoy en día, promueven un estilo de vida rápido, provocando un estrés continuo en los adultos, que no logran saber como actuar con los niños.

A los que se les exigen que aprendan cada vez más de prisa muchas cosas, pero que en el proceso de ese aprendizaje cada vez más vertiginoso, sean además ordenados, no hablen, se queden quietos y actúen como esta estipulado socialmente.

El psicoanalista Sauvagnat (2005), platea que el TDAH es una discapacidad escondida, ya que si bien no existe un indicador físico que revele esta patología, la misma se puede descubrir, al pasar por un lugar donde se espera que los niños sean ordenados, productivos y calmados.

En estos lugares se les critica si no están haciendo lo que se espera que sea adecuado, deben de prestar atención, escuchar bien y reflexionar antes de actuar.

El autor informa que el metilfenidato (Ritalina), fármaco utilizado en los niños con TDAH, pertenece a la clase de moléculas de la dextroanfetamina, produce euforia, disminuye la sedación y aumenta la ambición por el consumo de drogas.

Por lo tanto Sauvagnat considera a la Ritalina con gran similitud a la cocaína. Menciona como ejemplo a Freud, quien gracias al consumo de cocaína, podía trabajar largas horas sin descansar.

Los niños medicados con este fármaco, logran un efecto estimulante inmediato, descenso del apetito y dificultades para dormir, por lo que los médicos consideran recomendable suspender el tratamiento farmacológico en vacaciones.

Otra similitud con la cocaína es que el metilfenidato es objeto de tráfico ilegal, cuando su uso no es indicado con vigilancia médica.

El psicólogo clínico e investigador uruguayo Jorge Bafico (2009) denuncia cifras del 30% de niños uruguayos medicados.

Bafico se pregunta si en Uruguay se estaría presentando una epidemia de proporciones estremecedoras o en realidad se están diagnosticando y medicando erróneamente sin tener en cuenta el problema que hay detrás de la hiperactividad que manifiesta el niño.

Si bien no desapruueba la administración de medicación de todas formas sugiere descartar primero que no se trate de un problema emocional, causado por la llegada de un hermano, mudanzas, cambio de colegio, etc., que pueden provocar cambios en la conducta del niño.

Considera que las causas del incremento progresivo de los trastornos de conducta, están vinculadas al debilitamiento de la función paterna, el niño necesita límites que no encuentra, se produce el problema y se medica inmediatamente, sin buscar otro tipo de causas.

Una investigación realizada en Costa Rica por Ulloa (2007), manifiesta que el hecho de que los niños diagnosticados con TDAH, respondan de forma favorable al fármaco no confirma dicho diagnóstico. Si bien el mismo mejora el desempeño del niño esta rápida reducción de los síntomas, puede enmascarar otro tipo de problemas, dejando de lado el uso de otras intervenciones.

Al comenzar el tratamiento con este fármaco (Mila, 2003), los síntomas mejoran rápida y notoriamente, esto lleva a pensar que la medicación es la única cura posible del TDAH. No tomándose en cuenta que la misma regula los síntomas pero solo de forma transitoria.

Mila considera que el fármaco logra mejorar la atención, pero no logra aumentar las habilidades académicas, ni aumentar la autoestima o hacer frente a otro tipo de problemas. Por este motivo es necesario el uso de otro tipo de tratamientos, apoyo psicológico y psicopedagógico.

En la actualidad Zulueta (2007) menciona que existe una tendencia a desplazar al terreno neurológico el diagnóstico y tratamiento del TDAH, de esta manera la responsabilidad recae en la toma de decisiones terapéuticas de profesionales que no se especializan en salud mental y psiquiatría.

El autor manifiesta como riesgosa esta posibilidad de tratar al niño con TDAH, solo desde el punto de vista neurológico, ya que este tipo de tratamiento se resume a reducir la hiperactividad con psicoestimulantes como terapia única. Dejando como segunda opción la exploración psiquiátrica, cuando los síntomas de hiperactividad no son controlados mediante fármacos.

Se deja de lado de esta manera el desarrollo evolutivo, la organización del psiquismo y otros factores relacionados que no son explicables solo desde el punto de vista neurológico.

Zulueta plantea que es una obligación ética comprender y tratar el TDAH desde una perspectiva compleja que valore todos los aspectos, psicológicos, sociales y neurológicos y no fragmentar la problemática en diversas disciplinas.

Arduriz (2001) en cambio destaca que hoy en día existe una nueva forma de aprender en la escuela, donde se sostiene que el aprendizaje de la lectura, escritura y aritmética ocurre esencialmente en el cuerpo, ya que el niño debe permanecer sentado, quieto y solo de esa forma logra aprender y entender.

Durante muchos siglos los niños aprendían a leer, contar y escribir, mediante la repetición y memorización, aun sin entender nada. Hoy en día el niño debe aceptar que la única forma de aprender es quedarse de tres a cuatro horas sentado quieto y concentrado.

La solución para el niño que no cumple con estos requisitos en la escuela es un abordaje quimioterapéutico y el principal fármaco utilizado para el mismo es el metilfenidato, con efectos casi inmediatos sobre la capacidad de concentración, atención y la disminución de la hiperkinesia y el movimiento.

Este autor observa que muy a menudo se soslayan grandes efectos secundarios que dicho fármaco provoca sobre el niño, como el retraso del crecimiento, cambios de personalidad y trastornos del sueño.

En la Universidad de Princeton, (De Vicente y Villamarín, 2013) se realizó una investigación a cargo de la economista Janet Currie, donde se estudió por un periodo de 14 años, a 15 mil niños que consumían metilfenidato, se evaluaron los efectos del fármaco sobre el nivel de rendimiento escolar y de bienestar.

Los resultados publicados por parte de la Oficina Nacional de Investigación Económica de Cambridge, señalan que el consumo de este fármaco, se asocia a una disminución en el rendimiento escolar, mayor probabilidad de repetición de curso y menores puntuaciones en matemática, principalmente en niños que niñas.

A nivel emocional, aumento significativo de sentimientos de infelicidad y problemáticas en la convivencia en especial con los padres, trastornos del estado de ánimo, ambos con mayor prevalencia en niñas que en niños.

Otros efectos negativos, tales como ideas suicidas, fracaso escolar y dificultades en la convivencia, especialmente la familiar, pueden atribuirse a que los niños medicados con dicho fármaco y diagnosticados con TDAH, están desatendidos. Debido a que se toma la medicación como único tratamiento, dejando de lado otras vía de intervenciones, que ayudarían al niño a mejorar tanto el rendimiento escolar, como el bienestar emocional.

Otras investigaciones sostienen que el TDAH no es exclusivamente un trastorno que depende de factores sociales o nuevas exigencias académicas. Mayor y García (2011) sostienen que esta en discusión si su origen es genético, tratándose de una disfunción en los circuitos frontoestriados, que explican los síntomas de hiperactividad, desatención e hiperactividad.

De este modo Rivera (2013) investigo el origen genético del TDAH. La autora afirma que casi en un 76 % de niños con dicho trastorno, la etiología del mismo es prioritariamente debido a factores neurobiológicos y genético, que el riesgo se acrecienta cuando alguno de los padres fue diagnosticado con TDAH. Rivera sostiene que la etiología del dicho trastorno depende de factores genéticos, perinatales (mal estado de salud de la madre que requiere de la ingesta de medicamentos en el embarazo), consumo de alcohol o cigarro durante el embarazo. Otros factores de riesgo para un posible TDAH son: sufrimiento fetal, nacimiento por fórceps, parto prolongado y bajo peso al nacer.

La autora considera por lo tanto que la etiología del TDAH no es un problema social, ni de la educación. Pero no deja de lado que el ambiente en el hogar, la relación con los padres, compañeros y posibles eventos estresantes en la vida, pueden en algunas ocasiones desencadenar el TDAH e influir en el tratamiento del mismo.

Se han realizado investigaciones, para estudiar los efectos nocivos del metilfenidato que son denunciados por algunos profesionales de la salud. Las mismas manifiestan los beneficios del fármaco y la poca incidencia de efectos secundarios del mismo.

Se plantea por De la Peña (2000) que dicho el fármaco, mejora la atención, la hiperactividad e impulsividad logrando mejorar la calidad de vida del niño y su familia. El autor considera que si los fármacos son administrados correctamente, los riesgos son bajos y considerar una posible adicción al fármaco u otras sustancias, es como suponer que un diabético o hipertenso puede volverse adicto a su medicina que en la mayoría de los casos debe consumir de por vida.

Estudios realizados en México por Reséndiz y su equipo (2008), en constantes vitales, tales como: tensión arterial, frecuencia cardiaca, peso, talla y perímetro encefálico en niños de entre cuatro y diecisiete años de edad, diagnosticados con TDAH, que consumen metilfenidato. En un año de seguimiento de estos niños y adolescentes, no se encontraron datos relevantes de efectos secundarios sobre los parámetros usados para medir posibles efectos secundarios del consumo del fármaco.

Los pacientes estudiados, además de responder de forma adecuada al fármaco, mejoraron la sintomatología del TDAH. De todas formas estos autores recomiendan un seguimiento de los pacientes que consumen no solo metilfenidato, sino cualquier tipo de fármaco.

En Uruguay, Speranza y su equipo (2008), realizaron una investigación con el fin de describir como se utiliza el metilfenidato en niños que retiraron dicho fármaco del Centro Hospitalario Pereira Rossel (Hospital Pediátrico) y el Hospital Vilardebó (Hospital Psiquiátrico).

De los resultados obtenidos se destaca que la mayoría de los niños estudiados, estaban diagnosticados con TDAH según los criterios del DSM IV, recibían la medicación una vez al día, los padres de dichos niños observaron resultados terapéuticos a corto plazo. El 56 % de los niños

investigados recibía conjuntamente con metilfenidato, otro tipo de psicofármaco. Las reacciones adversas más comunes fueron: cefaleas, disminución del apetito y dolor abdominal.

La prescripción en estos niños es en general a dosis muy bajas. A pesar de esto y dada la poca información que existe, sobre la seguridad del consumo de metilfenidato, en especial a largo plazo. Las autoras aconsejan el uso de estrategias para el uso racional de dicho fármaco a nivel de fármaco vigilancia, la educación de los profesionales de la salud y los usuarios.

Científicamente se comprobó la teoría de que existe en los niños diagnosticados con TDAH una disfunción en los circuitos frontoestriados que podrían estar relacionados con la impulsividad que provoca el trastorno. Esta teoría fue investigada por Shafritz, Marchione, Gore, Shaywitz y Shaywitz (2005).

En esta investigación se realizaron estudios con imágenes de resonancia magnética y tomografía computada, demostrando así que existe una disfunción a nivel cortical en los niños diagnosticados con TDAH.

Se estudiaron adolescentes diagnosticados con TDAH y medicados con metilfenidato, adolescentes con el mismo trastorno pero no medicados y se compararon con imágenes de adolescentes sin trastornos de TDAH.

Los resultados obtenidos muestran que los adolescentes con TDAH no medicados, se diferenciaban de los que no tenían TDAH, en la activación de la cara izquierda de los ganglios basales, cuando realizaban pruebas de atención dividida.

En cambio los adolescentes diagnosticados con TDAH que recibieron una dosis de metilfenidato antes de realizar la prueba, obtuvieron imágenes con la misma activación de los ganglios basales que los que no presentaban TDAH.

Por lo tanto los investigadores confirman, el efecto positivo del metilfenidato sobre el control de la atención en el TDAH.

En cambio Janin (2004) plantea que existen opiniones encontradas sobre cuál es el mejor tratamiento para el TDAH, ya que las instituciones escolares, políticas y los intereses empresariales de las grandes industrias farmacéuticas defienden sus posturas a la hora de abordar el tratamiento de dicho trastorno.

A modo de ejemplo de las diferentes posiciones adoptadas para el tratamiento del TDAH, Janin aporta el siguiente artículo publicado en un diario de Buenos Aires:

Padres y maestros de chicos vagos o rabiosamente desatentos, de pésima conducta o impulsivos, que pierden todo (especialmente el tiempo) y no se quedan quietos nunca: ¡absténganse de tirarse por la ventana...o tirarlos! Hay solución. Lo que tiene todos ellos es, probablemente, el síndrome de déficit de atención-hiperactividad (ADD en inglés), es un trastorno de origen biológico que casi siempre se hereda y que puede curarse a partir del tratamiento simple de una pastillita (Janin, 2004, p. 188).

En otro tipo de periódico de Buenos Aires se puede leer artículos donde se relata la preocupación de la Agencia para el Control de Narcóticos de la ONU por el aumento del consumo de metilfenidato en escolares.

Conclusiones:

El incremento de niños diagnosticados con TDAH y del consumo de metilfenidato, fármaco de primera línea de elección a la hora de tratar dicho trastorno. Se viene observando a nivel nacional e internacional, la situación llegó a ser denunciada frente a la justicia en Uruguay y en varios países. Organismos internacionales como la ONU han realizados llamados de atención y exhortado a las autoridades encargadas de control de estupefacientes, una vigilancia más rigurosa del consumo de metilfenidato.

No existe hasta el momento un consenso a nivel de los profesionales de la salud que den cuenta del incremento del consumo de dicho fármaco. Para algunos profesionales se está diagnosticando mal el TDAH, si bien hoy en día se disponen de manuales como el DSM IV utilizados a nivel mundial para el diagnóstico de diversas patologías entre ellas el TDAH. Otros profesionales indican que es un trastorno propio de la época en la que vivimos y en especial en los países occidentales, hoy en día es preciso que el niño logre permanecer concentrado, atento y quieto en jornadas escolares más extensas de las que anteriormente se exigían. A esto se suma la gran cantidad de información y nuevos conocimientos que deben entender e incorporar de manera rápida y eficiente. Para otros solo se trata de un trastorno causas neurobiológicas y genéticas.

Las investigaciones se siguen dando a nivel nacional e internacional, donde ya se mencionan estudios por imagenología, que comprueban la eficacia del metilfenidato en la reducción rápida de los síntomas y escasos efectos nocivos en la salud del niño.

Sin embargo otras investigaciones alertan sobre los efectos secundarios del fármaco y aconsejan su uso solo en casos extremos y bajo control y seguimiento médico.

A pesar de los últimos estudios que indican los beneficios del metilfenidato para el TDAH, por tratarse de una anfetamina deben existir controles más rigurosos por parte de los organismos estatales de la salud, encargados de vigilar la prescripción, venta y consumo del fármaco. Evitando de esta manera su uso de forma indiscriminada o ilegal.

Se deja abierto un abanico de posibilidades, sobre cual debe ser la mejor manera de diagnosticar y tratar el TDAH. Se considera importante definir criterios más precisos de diagnósticos y un abordaje multidisciplinario, donde intervengan pediatras, psiquiatras, psicólogos, neuropediatras, psicomotricistas, psicopedagogos y maestros que brinden tanto al niño como a su familia el apoyo necesario para el correcto tratamiento del TDAH.

Bibliografía :

Aduriz, F. (2001). Tiempos modernos y niños hiperactivos. Norte de Salud mental, 4(13).

Recuperado de <http://www.revistanorte.es/index.php/revista/article/view/210>

Aguiar, K. (2013). Procesos de medicalización de la vida escolar y prácticas sustitutivas. Revista «Poiésis», 1(26).

American Psychiatric Association (2002). DSM IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson

Apezteguia, F. (2012). *Las pastillas de portarse bien*. Recuperado de

<http://ciencia.elcorreo.com/bichos-humanos/2012-02-27/pastillas-portarse-bien-20120227.html>

Bafico, J. (2009). *Ayer inquieto, hoy dopado* - *Diario El País - Montevideo - Uruguay*. Recuperado de http://historico.elpais.com.uy/Suple/DS/09/10/11/sds_447033.asp

Benasayag, L. (2007). *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad*. Noveduc Libros.

Burillo, G., Aldea, A., Rodríguez, C., García, M., Climent, B., Dueñas, A.,... Hoffmann, R. (2013).

Drogas emergentes (II): el pharming. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 36, No. 1, pp. 99-114). Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272013000100010&script=sci_abstract&lng=e

Buttinghausen, V., Cruz, J., Elizalde, L., Tapia, D., Figueroa, J., y Huidobro, M. (2011). Frecuencia de administración de psicoestimulantes en escolares de primero a sexto básico en Talca. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(3), 258-264. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272011000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Cruz, J. (2014). La prevalencia del TDAH en Francia. *Tratamiento educativo del TDAH*. Recuperado de <http://educaciontdah.wordpress.com/2014/02/03/la-prevalencia-del-tdah-en-francia/>

De la Peña, F. (2000). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2000/un006i.pdf>

de Vicente, A y Villamarín, S. (2013) *¿El Ritalin, o metilfenidato, mejora el rendimiento escolar?* Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4783

Doward, F. y Craig, E. (2012). El uso de Ritalin para ADHD se cuadruplica. *El Gran Sueño*. Recuperado de <http://elgransuenio.wordpress.com/2012/05/15/el-uso-de-ritalin-para-adhd-se-cuadruplica/>

Faraone, S. (2008). Medicalización de la infancia: Una mirada desde la complejidad de los actores y de las políticas. *Medicalización de la infancia: una mirada desde la complejidad de los actores y de las políticas*. Recuperado de <http://www.topia.com.ar/articulos/medicalizaci%C3%B3n-de-la-infancia-una-mirada-desde-la-complejidad-de-los-actores-y-las-pol%C3%ADtic>

Farmanuario. (2014) (24.^a ed.). Montevideo Uruguay: Informédica S.R.L.

Janin, B. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*: AAD. Noveduc Libros

Joffre, V., García, G. y Joffre, L. (2007). Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad de la infancia a la vida adulta. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf074e.pdf>

Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da Clínica*, 18(1), 153-165. Recuperado de [:http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v18i1p153-165](http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v18i1p153-165)

Mayor, J.y García , R. (2011). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) revisión: ¿hacia dónde vamos ahora? *Rev. Soc. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc*, 22(2), 144-154.

Recuperado de

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?>

[IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=677214&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=677214&indexSearch=ID)

Míguez, M., Alzati, L., Bedat, P., Belén, F., Furtado, N., Silva, C.... González, L. (2006). *Los hijos de Rita Lina*. Ponencia presentada en las V Jornadas de Investigación Científica “ Salud y Sociedad “ Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República Montevideo Uruguay. Recuperado de <http://anamaitebustamante.files.wordpress.com/2011/04/los-hijos-de-rita-lina-extenso-gedis.pdf>

Míguez, M. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*|| (Doctoral dissertation, Tesis Doctoral, Universidad de Buenos Aires.(mimeo)).

Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273224047009>

Mila, Juan. (2003). *Inestables TDAH o AD/HD*. Montevideo Uruguay: Psicolibros Waslala.

Nieves, O. (2013). El DSM como mecanismo de psicopatologización y regulación social: el caso de los niños/as en Puerto Rico. *Quaderns*, 15(1), 21-32. Recuperado de <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/1164>

Organización de las Naciones Unidas. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2011). *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes relativo a la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos*. Nueva York: Naciones Unidas, 2011 Recuperado de http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2010/Supplement-AR10_availability_Spanish.pdf

Pelaz, A., Mardomingo, M., Herreros, O., Rodríguez, P., Gastaminza, X., Muñoz, A. ... Plaza, S. (2013). Medicación estimulante para el TDAH en el entorno escolar: Metilfenidato 30:70 / Stimulant drugs for ADHD in school settings: methylphenidate 30:70. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 30(1), 16-26. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/trastornos_infantiles/medicacion-estimulante-para-el-tdah-en-el-entorno-escolar-metilfenidato-3070/

Reséndiz, J. , Saavedra, Y., Rodríguez, E., Yáñez, M. L., Cruz, E., y Cruz, J. (2008) Constantes vitales en niños expuestos a metilfenidato. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2008/rmn081d.pdf>

Rivera, G. (2013). Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y niñez. *Acta de investigación psicológica*, 3(2), 1079-1091. Recuperado de [http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Publicaciones/AIP/Acta_Inv.Psicol.3\(2\),_1079-1091_-Rivera-Flores,GW._Etiologia_del_trastorno_por_deficit_de_atencion_e_hiperactividad_y_caracteristicas_asociadas](http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Publicaciones/AIP/Acta_Inv.Psicol.3(2),_1079-1091_-Rivera-Flores,GW._Etiologia_del_trastorno_por_deficit_de_atencion_e_hiperactividad_y_caracteristicas_asociadas)

Ruiz, J. (s. f.). *El metilfenidato - Los niños hiperactivos - TDAH - Rubifen - Drogas inteligentes*. Recuperado de <http://www.drogasinteligentes.com/metilfenidato3.html>

Sauvagnat, F. (2005). Una entidad controvertida: la hiperactividad con trastorno deficitario de la atención. *Interrogant*, (6), 47-55. Recuperado de http://www.revistainterrogant.org/?page_id=93

Shafritz, K., Marchione, K., Gore, J., Shaywitz, S. y Shaywitz, B. (2005). Efectos del metilfenidato sobre los sistemas neurales de atención en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *The American Journal of Psychiatry (Ed Esp)*, 8, 96-103. Recuperado de http://www.imedicinas.com/pfw_files/cma/ArticulosR/AJP/2005/02/100020500960103.p

Speranza, N., Goyeneche, N., Ferreiro, D., Olmos, I., Bauger, M., Oyarzun, M.,... Nanni, L. (2008). Uso de metilfenidato en niños y adolescentes usuarios de servicios de asistencia pública de

Montevideo. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 79(4), 277-283. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1688-12492008000400002&lng=es&tlng=es

Tubert, S. (2010). Observaciones sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid*, (20), 6-. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3183667>

Ulloa, C. (2007). La controversial Ritalina: ¿Cómo es su consumo en Costa Rica? *Poblacion y Salud en Mesoamerican*. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/4/4-2/4-2-5/>

Uruguay. Tribunal de Apelaciones de Familia 2º Turno (2009). *Sentencia 131 del 24 de abril*. Recuperado de <http://bjn.poderjudicial.gub.uy/BJNPUBLICA/hojaInsumo2.seam?cid=57>

Zulueta, A. (2007). El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, (2), 9-16. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3061422>

