



EDITORES: J. Díaz Atienza; F. Díaz Atienza; MP. Blánquez Rodríguez
DIRECTOR: J. Díaz Atienza

INICIO

NORMAS

NÚMEROS

CRÉDITOS

ENTREVISTA AL DR. JOSÉ LUIS PEDREIRA

Fecha Sábado, 13 agosto a las 09:59:37

Tema Entrevistas



Entrevista realizada por el Dr. Joaquín Díaz Atienza al Dr. Pedreira. El Dr. José Luis Pedreira es una de las más relevantes autoridades de la Psiquiatría Infantil española.

- Dr. Díaz Atienza(DA): En su opinión ¿Hasta dónde neurología y ambiente en su conceptualización del TDAH?

- Dr. Pedreira (Dr.PR): En primer lugar quisiera agradecer la deferencia de realizarme esta entrevista y poder aportar reflexiones alternativas a lo, se podría decir, pretende ser un remedo de "pensamiento único". Pero volviendo a su pregunta. Tiene un gran interés el planteamiento, pero recuerdan debates que, hoy por hoy, están superados. Afortunadamente la ciencia ha posibilitado que se puedan aportar pruebas acerca de las teorías de la incertidumbre y el kaos. De igual forma Popper nos pone en frente que para aceptar una teoría como científica debe ser y poder ser falsable. Wagensberg nos recuerda que las verdades científicas están basadas en una mentira, pues cada verdad científica lo es sólo temporal y la propia ciencia se encarga de buscar alternativas a esas verdades, posibilitando así el avance de la ciencia.

Aportaciones científicas que se basan en el dinamismo y no en el inmovilismo de verdades absolutas, de certezas, tal y como pretenden algunos. Entre los aportes genéticos y el ambiente no existe esa separación en oposición, tal como se trasmite, sino que, muy al contrario, existe una interacción constante que Lewontin –uno de los grandes investigadores y teóricos de la genética molecular aplicada a las ciencias del comportamiento, lo que se denomina "behavioural genetic"(BG)- denomina "ruidos del desarrollo" o que Sameroff y Emde –dos grandes investigadores de la primera infancia- denominan "entornotipo". Para los más renombrados investigadores de la BG la genética, el genoma, no es más que un panel de información pre-activada, una predisposición, lo que Ajuriaguerra denominaba, con su agudeza habitual, acertadamente "factor terreno". Es más Izpisua nos asegura que pretender hacer lecturas lineales de carga gética igual a enfermedad, no se corresponde con el estado actual de la ciencia ni de los avances en la genética. Otra cosa es que, por mor de esa propia interacción, bastará que exista ese terreno propicio, para que si se activa desde el mundo

externo se desencadenen determinados procesos o que por la acción de fármacos se puedan modificar síntomas determinados, pero no sólo por ello.

En el caso concreto del TDAH no vamos a negar una base genética, otra cosa es afirmar que existe una transmisión genética del proceso. Dicho de otra forma: ¿qué se transmite: el TDAH, un temperamento sensible y propicio, una reactividad especial ante determinados estímulos seriados y/o reiterados? ¿qué entendemos por TDAH: un síntoma o un conjunto de ellos, un síndrome, un proceso autónomo? ¿en el TDAH: qué es todo o qué es parte, hasta dónde la reactividad evolutiva (aunque sea incómoda)? ¿el TDAH podría ser la forma precoz de expresarse rasgos de un trastorno de personalidad y no al contrario como algunos señalan? Creo que son preguntas que nos debemos contestar desde una perspectiva de la psicopatología del desarrollo, en los términos que formulan Rutter o Forbonne: el impacto de los trastornos sobre el desarrollo y el impacto del desarrollo en la forma de presentación de los propios trastornos mentales en cada etapa del desarrollo. Van Oos nos recuerda que la genética en los trastornos mentales no es cualitativa, sino cuantitativa. Por ello la aparición de los factores de vulnerabilidad (psico-biológico) y de riesgo (psico-social) para los trastornos mentales se superponen en casi todos los trastornos mentales, siendo la “cantidad” lo que hace que se exprese y manifieste de otra manera. Así en el TDAH: la vulnerabilidad genética parece bastante consistente (no obstante me preocupa sobremanera, desde la perspectiva científica de la Psiquiatría Basada en Pruebas (PBP), no el 50-60% de antecedentes familiares constatados, sino cómo explicamos el 40-50% de los que no lo tienen ¿mutaciones? ¡pues sí que estamos mutantes!), pero existe una serie de riesgos fundamentales: la excitabilidad motriz, la etapa del desarrollo, la expresividad manifiesta del malestar, consumo de sustancias de abuso en la familia, baja capacidad de “mentalización”, nivel intelectual y funcionamiento cognitivo tipo límite, afecciones neurológicas y/o mentales. Por cierto, hay dos cuadros que merecen una gran atención, pues sus síntomas manifiestos coinciden con el TDAH: los límites educativos inadecuados (la famosa mala educación de toda la vida) y el nivel intelectual límite.

Aquí es donde cabe recordar que no se puede, diría también que no se debe, confundir el todo con la parte ni la parte con el todo. En esta sutileza diferencial se encuentra la Lex artis del ejercicio médico y del conjunto de las profesiones sanitarias. El TDAH se constituye, como antes otros cuadros, en un paradigma de “globo hinchable” que puede tornarse inmanejable si no se hace rigor científico, mente crítica, sensatez clínica y prudencia profesional, pero sobre todo con un gran respeto por los niños y familias que tienen en su seno el sufrimiento de padecer trastornos mentales. Ese respeto nos obliga a no apresurarnos ni en diagnósticos “de moda” o “a la carta” ni escudarnos en una medida ambivalencia.

- DA: ¿Medicalización excesiva? ¿Una cierta negligencia en la intervención integral?

- (Dr. PR): Tenemos datos epidemiológicos curiosos que abren más preguntas, por lo que debemos situarnos en una posición receptiva, reflexiva y de humildad. Lo primero es que las tasas de prevalencia (hablan de total de casos atendidos en un momento dado) se han modificado en USA; en efecto hace años se comunicaban tasas de 9-12%, mientras en Europa se situaban entre 3-5%. Nuevas investigaciones más recientes en USA y la propia American Academy Child Adolescent Psychiatry (AACAP) determinan que la tasa de TDAH se sitúa entre 3-6%. Frente a esta re-conversión, la tasa de prescripción de metilfenidato (MF) alcanza cifras superiores al 12% ¿Qué explicación le damos, desde una perspectiva científica y clínica? En mi modesta opinión es más que criticable esta situación, pues ¡qué curioso! Vuelven a ser las minorías de afroamericanos y de hispanos los que más reciben este tratamiento, coincidiendo con otros riesgos

sociales y psicosociales. Otra cuestión de gran relevancia consiste en el olvido de los criterios para la prescripción de psicofármacos en la infancia y la adolescencia, formulados por Hollister y asumidos por la APA y la ACPA a mediados de la década de los ochenta y que no han sido ni derogados ni combatidos, sino simplemente olvidados o ninguneados. El alarmismo social creado y la práctica generalizada de la denominada medicina defensiva son dos cuestiones que deben ser analizadas desde planteamientos de la ética, evaluando con gran sensibilidad, serenidad y rigor el equilibrio entre el principio de beneficencia y no mal-eficiencia, tal y como lo formula Diego Gracia. Estas críticas tienen su origen en comentarios y publicaciones del propio Ph. Graham, En España Benjumea y Mojarro también cuestionan tanta “facilidad” para ver TDAH y prescribir MF. Un ejemplo, tomados ciertos casos al azar del fichero de casos diagnosticados de TDAH y con prescripción de MF, había un caso dramático: un caso de bullying, así que además de ser acosado por sus colegas y pasarlo mal, muy mal, se le “acusa” de tener un TDAH y se le “castiga” a tomar MF, podría poner otros casos pero ya han sido publicados.

Antes de medicar se precisa: un correcto proceso diagnóstico con juicio clínico, lejos de buscar puntuaciones en escalas (por cierto que Conner construyó su escala para evaluar el comportamiento infantil por efecto de los tratamientos psicofarmacológicos, no olvidemos que la primera publicación se hizo en Child Psychopharmacological Bulletin). Tras esta primera requisitoria, hay que intentar modificar aspectos modificables del contexto, evaluando la flexibilidad o rigidez a la hora de modificar esa presentación; evaluar cosas tan rutilantes como si se entiende o no se entiende el mensaje, si se comprende y qué se comprende, no vaya a ser que el sujeto comprenda pero distorsione su contenido. Tras ello cabría evaluar la posibilidad de modificar aspectos concretos de los contenidos pedagógicos y educativos, enfatizando más la adaptación y capacidad adaptativa de los programas a los niños y no la imposición de que los niños se adapten a los programas. Hacer un buen proceso de contención y psicoeducación a las figuras parentales, con el fin de que trasmitan los límites de forma coherente, consistente y de forma continua (yo lo he denominado en algún trabajo como “las tres ces”), aportar datos acerca de juegos vs. video juegos, de cuentos vs. TV, de dedicación vs. delegación.....

Muchas, quizá demasiadas cosas para abordar antes de correr al MF, incluso si no hay más remedio hay que continuar, incluso intensificar, estos contenidos. En otras palabras: la medicación es un medio terapéutico, no es un fin. Ser un medio implica integrar, comprender, criticar, evaluar, planificar el tratamiento en su conjunto. La medicación posibilita “entrar”, pero no cura. Yo suelo decir a las familias algo que entienden muy bien: “La medicación ayuda, pero no cura”, desde esta presentación ese lugar imaginario y mágico se transforma en humano, tremendamente humano y, por lo tanto, falible.

De lo anterior se colige que, desafortunadamente, estamos ante un nuevo futuro que a mi me preocupa como profesional. Estamos ante lo que he llamado: “generación Rubifén” o “generación Concerta” o, próximamente, “generación Stratera” como generaciones que se autosuceden a sí mismas en una espiral de dudosa eficacia. Todo es preocupante, muy preocupante para nuestros niñ@s. Pero lo dicho no quiere decir que los fármacos no sean útiles, que lo son; lo que preocupa es el uso indiscriminado, sin control y, en ocasiones, con subterfugios.

- DA: ¿Cuál sería el rol de la familia y de la escuela en el tratamiento del TDAH?

- (Dr. PR): La pregunta parece, a primera vista obvia, pero si se piensa se puede concluir que hay dos posibilidades: la primera es resaltar su importancia y llenarla de generalidades “para quedar bien” o bien comprometerse e intentar delimitar

espacios. La familia se encuentra, fundamentalmente, desorientada, confusa y cansada.

Desorientada: porque no todos los profesionales les decimos lo mismo en el diagnóstico, por ejemplo hay ya no aparecen dilexias y sus consecuencias, todo es TDAH, o los CI límites pasan a ser TDAH, en fin, como se dice en gallego: una desfeita. Un buen diagnóstico exige un posicionamiento de coherencia.

Confusa: Por los mensajes contradictorios que recibe. De tal suerte que, en no pocas ocasiones, se confunden síntomas derivados de un proceso más grave (p.e. autismo, depresiones graves, rasgos temperamentales, discapacidad intelectual, cuadros neurológicos u otros) con los que se exploran, de forma un tanto mimética, en el TDAH. Esta confusión afecta de forma directa a la familia, pues piensa que tratando el TDAH su hij@ "se cura" o bien, lo que es peor, pensar que el TDAH no se cura nunca y para corroborarlo tenemos ya TDAHJ hasta en la denominada tercera edad.... Otra desfeira, y.... van dos. Cansada: de tanto ir y venir, de tanto trajín con su hij@, de tanto cansancio....

Así que es una obligación perentoria aclarar estas tres condiciones con la familia: ser claros y adaptarse al nivel cognitivo y socio-cultural que pueda comprender la familia; re-orientar el diagnóstico de forma realista; acercar formas de abordar la situación de manera progresiva, para que sea efectiva y realizable para esa familia en concreto; darles vías de salida que no les encierren en caminos bloqueados tipo "la enfermedad es así". Normas de contención basadas en reforzar las "tres ces". Posibilitar objetivos pequeños, para que se puedan conseguir y reafirme la confianza de la familia en el equipo asistencial. Desculpabilizar a la familia, pero rescatarla en su firmeza, devolver la autoestima a las figuras parentales y al conjunto de la familia y, sobre todo, que se sientan acompañados y comprendidos, pero saber señalar sus implicaciones, escotomas y cegueras.

La escuela es otra cosita. Se encuentra presionada y buscando salidas, por otro lado existen aspectos y contenidos institucionales que deben evaluarse y abordarse en cada caso concreto (p.e. rol del profesorado, relaciones entre los profesores, relaciones-profesores-dirección, relaciones profesores-familias, relaciones profesores-dirección-familia, relaciones profesores-niños, aceptación del rol profesor, titulaciones complementarias del profesorado y su ubicación y rol en cada momento,..... ya he dicho: aspectos institucionales de gran relevancia).

LO primero: clarificar las cosas y los límites conceptuales. Por mucho que aparezca en la prensa profesional y en los cursos de formación "a la última": **NO ABUNDAR EN LA IDEA QUE TDAH ES UN DIAGNOSTICO EXCLUYENTE DE OTRAS COSAS Y MUCHO MENOS QUE APARECE ANTES DE LOS 7 AÑOS.**

Mire Vd.: lo diga quien lo diga. Otra cuestión fundamental consiste en abordar que una cosa es un síntoma de procesos mentales (acepción semiológica del concepto síntoma) y otra cosa, tan importante como la primera, es que un síntoma es una cosa que acontece y nos pone sobre aviso de algo, es una forma de expresión y hay que buscar la expresividad y reactividad de cada niño para su etapa de desarrollo (aspecto semiótico del concepto síntoma), es decir que donde no llega la palabra aparece o el cuerpo o la actividad como forma de expresar el acontecer psicológico o emocional.

Una pregunta a elaborar con el contexto escolar: ¿qué se prima la adaptación del niño al programa o del programa al niño? Esta orientación pedagógica es clave para comprender y dimensionar de forma pertinente y adecuada la situación.

Tampoco hay que olvidar el "efecto moda" o "modisterismo" de los procesos: primero fue la dilexia, cuestión que ahora mágicamente ha desaparecido ¿no es sospechoso?; luego fue sustituciones semánticas o creación de eufemismos (desaparece retraso mental o deficiencia y aparece discapacidad, como concepto es un avance, pero como praxis resulta que crea confusión o falsas esperanzas, cuanto menos), tenemos que resituar el plano del CI límite en su justa medida y en sus dificultades de evaluación e intervención.

Aprovechar nuevas tecnologías de forma que sea una opción pedagógica aplicada que atraiga y posibilite avanzar. Colaborar con las familias para establecer pautas y hábitos de vida saludables (en TV, comida, límites,). Señalar los aspectos de avance, no sólo los campos de dificultades. ¿Cabrás, alguna vez, una escuela que potencia objetivos individualizados?

- DA: ¿Qué aporta hoy, con los nuevos conocimientos, el psicoanálisis a la comprensión del TDAH? Y ¿al tratamiento?

- (Dr. PR): No es sencilla esta pregunta, pues cabe la posibilidad de ser malinterpretado. Intentaré ser conciso y directo, al menos lo más posible. En mi opinión el psicoanálisis ha tenido y tiene aún un papel fundamental en la comprensión global del sujeto humano y en su dimensión del desarrollo. Abrió el papel de la escucha y articuló las modernas técnicas y orientaciones psicoterapéuticas. Este papel es indiscutible, a pesar de sus múltiples errores. La tendencia actual de muchos grupos de psicoanalistas o de profesionales con formación psicoanalítica que desarrollan su actividad profesional, prioritariamente, en servicios asistenciales de psiquiatría y salud mental ha modificado aquella visión parcial y sesgada del psicoanálisis clásico.

Hoy día se acepta que el psicoanálisis completa y complementa otras posibilidades de análisis y comprensión del sujeto. De esta suerte el psicoanálisis aporta, quizá debería decir debiera aportar, un observatorio fundamental para la interacción de los factores y para abrir vías de reflexión más actualizadas, seguir más las vías de Bowlby y su escuela o de Stern o de Sameroff o de la escuela alemana. Esto en cuanto a la comprensión de los trastornos mentales es fundamental: integrar y no aislar síntomas; ver la interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo social como algo más que suma o aditamento o priorizaciones artificiales e interesadas. Nos ayuda a deslindar causa de efecto, lo prioritario de lo secundario, lo del desarrollo de los sintomático... ya es bastante ¡pardiez!

Pero también en la intervención tiene un papel relevante, al abrir la posibilidad de escuchar a la familia, al niños y a las instituciones desde una perspectiva abierta. En el tratamiento el psicoanálisis nos sitúa ante esa construcción de descentramiento del papel fundamental, que se quiere otorgar, a los tratamientos farmacológicos. Este descentramiento obliga a pensar y dar una dimensión y valoración alternativas a los tratamientos y valorar la integralidad e integración de diversas técnicas de formas complementaria y señalar la interacción y beneficio mutuo de los diferentes abordajes. Pero sobre todo hay una actuación terapéutica fundamental: centrar el tratamiento en el niño y su contexto y no sólo en el proceso psicopatológico. EL PSICOANÁLISIS NOS SITÚA FRENTE A PACIENTES, NO SÓLO FRENTE A UNA RISTRA DE TRASTORNOS Y SÍNTOMAS TRATABLES DE UNO EN UNO. Y, lo que es más importante, sitúa al profesional frente a la posibilidad de no curarlo todo, ese duelo de omnipotencia y toque de calidad al narcisismo profesional es clave.

- DA: ¿Qué papel adjudicarías Vd. a la industria farmacéutica en el “resurgimiento” del TDAH?

- (Dr. PR): Parece que eligen las preguntas comprometidas de forma especial. Esta es una pregunta delicada, sutil donde las haya, pero fundamental en el contexto real. La industria farmacéutica es un pilar relevante en la investigación moderna del tratamiento de los procesos mentales. Pero también está contribuyendo a difundir, de forma seriada y sistemática, una cierta visión de la conceptualización de los trastornos mentales, en mi opinión parcelar e incompleta por el sesgo que introduce.

La industria ha desarrollado su acción en el mundo de las personas mayores,

ahora “toca” abordar la cuota de mercado en la infancia y la adolescencia, era un terreno virgen. Sólo hay que observar detenidamente la virulencia de las intervenciones en torno a la utilización de ISRS y la cantidad de barbaridades que se han escuchado de forma, en mayor o menor medida fundamentada en medias verdades, que es lo similar a decir en medias mentiras. Permitamé una hipótesis: la industria es la primera interesada en una visión basada en los sistemas DSM, de eso no hay duda, le interesa un catálogo de síntomas y agrupamientos acrícos de ellos, con lo cual se crean constructos artificiales y artificiosos como “co-morbilidad” que se extienden, generalizan y potencian no en base científica, sino de intereses corporativos y económicos (no hemos de olvidar que la industria farmacéutica en USA es el segundo grupo, tras el armamentístico, que ha contribuido a la financiación de la campaña de elección del actual Presidente de los EE.UU.). Bien, desde ese lugar se observa cómo van “abordando” sin prisa pero sin pausa, paso a paso, lento pero seguro, todos y cada uno de los trastornos presentados en ese sistema de clasificación. Lo hacen de forma sutil y, aparentemente, lo fundamentan de forma científica: la aprobación por parte de la FDA de sus productos para determinados trastornos ¡Sutil y magistral! No sólo imponen el DSM, sino cómo tratar los trastornos con sus propios productos, porque generalizan, como criterio de validez, lo establecido por la FDA americana, que por cierto en su constitución existen altos ex-cargos directivos de la propia industria, de los grupos más relevantes de la industria farmacéutica.

Ahora se ha generalizado que “repetir” la biblia profesional (DSM, bibliografía americana, Impact Factor (IF), terminología anglófila,...) es lo más de lo más en la ciencia. Recuerdo con Huxley que muchas verdades que hoy son científicas, mañana sólo son supersticiones. Falta modestia y humildad. Claro que, mientras tanto, condicionan el ejercicio profesional. Por ejemplo: potencian uno u otro profesional, financian una u otra actividad, difunden contenidos según marco de intereses, encumbran a grupos o anatematizan a otros grupos, saben del moobing y lo silencian.... Es importante decir que es una tendencia, pero existen honrosas excepciones, sobre todo en Europa. Un error: la mayoría de los I+D sanitarios y de las actividades formativas se financian desde la propia industria farmacéutica... paradoja dolorosa....

- DA: ¿Qué consejo práctico daría VD. a los padres de niños con TDAH a la hora de afrontar este problema en el ámbito familiar?

- (Dr. PR): El más obvio de todos los conejos, me parece el más eficaz: vayan a un buen profesional de la psiquiatría de la infancia y adolescencia. Las organizaciones internacionales han acordado incluir al TDAH en los sistemas de clasificación de enfermedades en los apartados de los trastornos mentales, por algo será. Son estos profesionales los que pueden realizar una correcta e integrada evaluación y, por lo tanto, pertinente diagnóstico y tratamiento ¿Dónde están estos especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia? Buena pregunta, pero no soy yo quien debe contestarla, sino los que dificultan y se oponen a que exista este campo de especialización, aunque algunos, muchos más de los que nos imaginamos, de forma cínica e hipócrita, dicen que es necesaria pero luego se oponen cuando existe la mínima posibilidad de implantarla y desarrollarla. Animo a los padres para que exijan esta opción, es la mejor para no convertir a sus hijos en una potencial “generación Rubifén/Concerta/Stratera” o si quieren “generación metilfenidato/atomoxetina”.