

La Infancia Hoy: Lecturas e Intervenciones

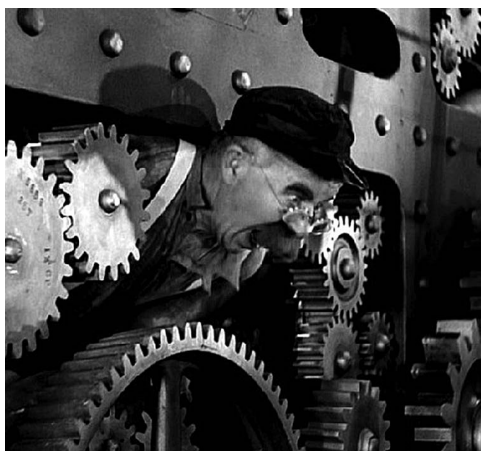
Medicalización (mal uso de los medicamentos)

Emergente de un sistema socio-económico que lo permite,
retroalimenta y ayuda a su continuidad

Dr. León Benasayag, Médico Neurólogo

Observación

Es importante destacar el concepto de que los cuadros médicos aquí presentados constituyen casos corrientes y paradigmáticos de la práctica corriente, son sólo ejemplos de la multitud de pacientes que tiene situaciones similares no difundidas.



Introducción

Nos vamos a ocupar de un aspecto parcial dentro del ámbito de la salud que se denomina “Medicalización”, que se aplica al uso indebido de un medicamento para tratar una afección, en ocasiones, inexistente. Puede considerarse como un emergente de un sistema socio-económico que lo permite, retroalimenta y ayuda a su continuidad.

Explicar el uso abusivo e inadecuado de los medicamentos sólo por razones económicas de los laboratorios constituye una verdad parcial e insuficiente, como mostraremos a continuación. Existen en la conducta humana, razones lógicas (económicas, entre otras) y conductas inexplicables, a partir de mecanismos instintivos y primitivos. Un aspecto fundamental del cuidado de la salud lo constituyen los medicamentos que han surgido por la suma de múltiples factores, que hacen al desarrollo científico y tecnológico de nuestra civilización.

Destaquemos desde ya que el logro de una mayor longevidad unido a la mejor nutrición en algunas áreas del planeta, junto con otra serie de elementos como las vacunas, etc., han sido en parte resultado de la laboriosa tarea desarrollada por los laboratorios

medicinales. Sin embargo, todo progreso tiene su lado oscuro y en esta época, que es la época de la venta, la compra y de los beneficios, los medicamentos pasaron a ser una mercancía que se rige por las mismas normas que se aplican a cualquier producto que sale al mercado. Esto dio lugar a la organización y normatización de la puesta en práctica de un medicamento.

El circuito inicial comienza en el laboratorio de investigación de alguna de las grandes compañías cuando se da el logro de un nuevo producto. Deben cumplirse numerosas etapas de investigación antes de aplicarlo en los seres humanos. Destaquemos tres elementos fundamentales:

1. El laboratorio privado que descubre un medicamento es el que hace las investigaciones sobre su validez y aplicabilidad.
2. Dicho laboratorio lo utiliza cuando tiene la autorización de la FDA (Food & Drug Administration) correspondiente, en un número limitado de pacientes, durante un período de tiempo también limitado.
3. La FDA no realiza investigaciones sobre la validez de los resultados recibidos, y se maneja con la información que dio el laboratorio que propone su incorporación al mercado. Lo llamativo es que en algunos casos*, los laboratorios no entregan a las autoridades de la FDA la totalidad de la información recogida, y los resultados sesgados son los que sirven de base para su aprobación. Esto está documentado en un trabajo publicado en el *New England Journal of Medicine* de enero 17 del 2008, titulado: **“Selective Publications of Antidepressant trials and its influence on apparent efficacy”* (Erik. H. Turner y col.).

Consecuencias claras surgen de este manejo inadecuado. Entre ellos el más destacado es que varios de los efectos secundarios que pueden aparecer no estarían presentes en el prospecto. En otros casos los efectos adversos recién aparecen con su aplicación masiva y al cabo de un tiempo de utilización.

Multas a las farmacéuticas

Uno de los intentos de controlar los aspectos negativos del biopoder, se traduce en multas que la justicia aplica a la industria farmacéutica, sin que tenga esto una modificación del curso que siguen las mismas. Dentro de las prácticas comerciales, las compañías contabilizan las multas sin demasiadas complicaciones, ya que significan un monto limitado en relación a las ganancias que obtienen. Por ello, las farmacéuticas firmaron acuerdos, por marketing no autorizado, y pagos por fraude, por fijación de precios.

Destinaron u\$s 4.500 millones a resolver pleitos en 9 farmacéuticas. Por otro lado, la farmacéutica GlaxoSmithKline pagó más de u\$s 2.000 millones, por Avandia y por investigaciones sobre elaboración por debajo de los estándares, además de pagar por

acuerdos por pleitos de padres, dado que el antidepresivo Paxil causó defectos de nacimiento en sus hijos. Las farmacéuticas relacionadas con esta mecánica de pago de multas son varias, entre ellas Janssen y Johnson & Johnson por Risperdal, AstraZeneca por antipsicóticos Seroquel, Novartis por fármacos para epilepsia, Abbott por fraude pagando u\$s 1.600 millones; en mayo 2012 Abbott se declara culpable de falsa rotulación, al promocionar Dekapote® (ácido valproico) para usos no autorizados como esquizofrenia, agresividad en demencia y otros trastornos psiquiátricos (El País de España), Allergan, Forest, Elan, entre otras.

La Argentina no está exenta de las multas a farmacéuticas: el 15 de abril de 2012 se multa a GlaxoSmithKline con \$ 400.000, y a dos médicos se les impuso el pago de \$300.000 cada uno, por resolución (apelada) que habilitaba a la ANMAT a supervisar los ensayos clínicos con niños de Santiago del Estero, Mendoza y San Juan. Querían incluir 17.000 mil niños, pero quedaron en 13.981 por suspensión de estudios. La investigación tenía como objetivo estudiar la vacuna contra el neumococo. Murieron 14 bebés que participaron del protocolo (no se pudo comprobar relación de los decesos y los procedimientos). El juez Marcelo Aguinsky multó a GlaxoSmithKline con \$ 1 millón y a dos médicos por irregularidades en ensayos clínicos realizados en la provincia de Mendoza:



“Incumplieron requisitos legales básicos para llevar adelante en 2007/08 pruebas en niños, para desarrollar una vacuna para prevenir la neumonía adquirida y otitis media aguda, provocadas por neumococo”. El ensayo “Compas” afronta 7 años de denuncias en el país, por utilizar métodos de captación en familias vulnerables. Córdoba: 2004, denunciaron pagos a profesionales de centros de salud; u\$s 380 a 400 por cada niño incorporado.

Presentación de casos clínicos

A continuación mostramos nuestra experiencia personal destacando que una multitud de pacientes consultan por cuadros que son rotulados como enfermedades y llegan peligrosamente medicados. A manera de ejemplo, mostramos unos pocos pacientes en razón de la limitación del espacio.

1 - “Epidemia actual” de Pseudo TGD (Trastorno Generalizado del Desarrollo/Autismo). Paciente: Santiago (H.C. 13224)

A los 2 años de edad, el jardín al que asiste recomienda realizar una consulta con fonoaudiología, ya que carece de lenguaje (quedando demostrado posteriormente el diagnóstico de disfasia, que revierte sin dejar secuelas). A los 3 años, la Fonoaudióloga recomienda una interconsulta con neurología, quienes indican una gran cantidad de estudios, audiometría y otoemisiones acústicas, EEG, RM, evaluación del jardín, Fonoaudiológica, potenciales evocados, Psicopedagógica y Neuropsicológica, en los cuales el resultado es Normal. El test de ADOS-G concluye que “no cumple los criterios para diagnóstico de TGD”, sin embargo, el neurólogo diagnostica “¡futuro TGD!”, e indica tratamiento “preventivo” interdisciplinario con tratamiento psicopedagógico, psicológico y fonoaudiológico (dos veces por semana cada uno). Por otro

lado, se solicita certificado de discapacidad, el cual es emitido en el Hospital Público, pero con la peculiaridad de que el médico que lo emite, no revisa al niño. Aquí queda demostrado cómo la red de mala praxis afecta a distintos profesionales y distintos estamentos públicos y privados. Evidenciando el beneficio económico para los actores, que se manejan con total impunidad y con ausencia de criterios diagnósticos válidos, ya que no sólo los estudios solicitados carecen de fundamento sino que sus resultados son “Normales”. El abuso de diagnóstico de TGD daña la salud y la economía, por los gastos que ocasiona y los trastornos que provoca en los pacientes y familiares. Posteriormente a los 4 años, Santiago llega a la consulta de quien escribe (Dr. León Benasayag), donde se le realiza una primera evaluación, destacando que se trata de un niño normal, por lo que se suspenden los tratamientos innecesarios, y se devuelve el certificado de discapacidad.

2 - Síndrome convulsivo: Thomas (H.C. 13112)

En el año 2012, Thomas de 13 años, consulta con quien escribe por haber presentado dos episodios convulsivos. Un dato en los antecedentes de Thomas es la separación de sus padres en el año 2000 (mantiene buena relación con ambos). Su conducta en la escuela muestra una actitud rebelde, hiperkinesia, desatención; comportamiento que lo lleva a repetir tercer grado y es diagnosticado como ADDH. Por lo que se le indica medicación (Ritalina®), pero el padre se opone a la misma y decide ocuparse de su hijo. La primera convulsión se desarrolla en el marco de un cumpleaños, en el mes de abril de 2010. Thomas se mantiene despierto hasta las 5am, al despertarse al día siguiente presenta la convulsión, la cual lleva a la consulta médica. Thomas queda internado, y se le realiza una tomografía y electroencefalograma, ambos normales. A pesar de ello, se lo medica con Valcote® (ácido valproico), por





ser diagnosticado como Epilepsia. La segunda convulsión se presenta en junio del 2011, en un marco similar a la primera, ya que ocurre luego de haber estado jugando por varias horas, hasta las 6 de la mañana con la Play Station. Aparecen problemas de conducta severos y progresivos. En febrero de 2012, tras la consulta con quien escribe, quien le realiza un electroencefalograma y examen neurológico detenido, observa que gran parte del comportamiento de Thomas se debe al Valcote®, que le produce irritación, exacerbación en la mala conducta, entre otros. Se reemplaza por Karidium (clobazán) de manera transitoria, y se le indica psicoterapia y una actividad como teatro. Actualmente Thomas progresa bien, lleva un año sin repetir crisis convulsivas y se encuentra cursando segundo año del secundario, sin problemas de conducta ni aprendizaje. En este caso clínico, se desestimaron los disparadores emocionales de las crisis convulsivas y se la trata como una “Epilepsia”, cuando en rigor de verdad, sólo presentó dos episodios convulsivos secundarios a los estímulos activadores. Le indicaron Valcote®, medicación innecesaria que puede producir efectos secundarios sobre la personalidad y eventualmente sobre otros órganos como el hígado, que puede desencadenar una falla hepática fulminante.

3 - Caso de Mala Praxis: Ignacio (H.C. 13359)

A los 9 años realiza la primera consulta con quien escribe, por déficit intelectual severo, pobre contacto con la realidad desde los 3 años, “visión bulto”, marcha parapárética y falta de control de esfínteres. Ignacio presenta como antecedentes “Toxoplasmosis Congénita”, la cual ha afectado su visión dando una Maculopatía.

En la Resonancia Magnética se observan calcificaciones y lesiones hipodensas, ventriculomegalia e hidrocefalia. Como antecedentes ha presentado meningitis a los 2 años y 6 meses. El médico que lo trata le realiza un EEG con patrón convulsivo, pero sin crisis clínicas, sin embargo, se lo medica con Valcote® y además se implementan

múltiples técnicas de reeducación. Por todo lo anterior descripto, Ignacio se presenta a la consulta con quien escribe, con la siguiente medicación: *Luminaletas (fenobarbital) desde los 6 meses (3comp/día), *Valcote 125mg (1-2 capsulas/día) desde los 2 años y medio, *Rivotril (30 gotas/día) desde el 2008, *Strattera (atomoxetina 18mg, 1comp/día) desde el 2010. Quien escribe evalúa el cuadro de Ignacio y comienza a retirar la totalidad de la medicación, e indica Karidium (clobazán) temporalmente.

Comentarios: Primero se medicó con anti-convulsivantes sin haber presentado crisis clínica, lo cual medicamento es incorrecto, pues un EEG no es el paciente. Segundo, se le indica exagerada rehabilitación, en un paciente imposibilitado de lograr progresos, dado su cuadro neurológico severo.

4 - Cómo transformar un síntoma en una enfermedad: Juan (H.C. 12538)

Actualmente Juan tiene 3 años. A los 2 años y 6 meses, presenta una “Única Convulsión Febril”, que coincide con el nacimiento de un hermano. El médico que lo trataba lo medica con ácido Valproico en forma constante, ya que es diagnosticado como “Epilepsia”, a pesar de haber presentado un episodio único y febril, un EEG normal y una RM normal (innecesaria). Al cambiar de obra social lo atienden tres médicos, sucesivamente, que avalan la medicación en forma permanente. Al llegar a la consulta (2012) quien escribe realiza una evaluación neurológica, encontrando que Juan es un niño sano y que su diagnóstico es de convulsión febril simple. Por ello se retira el ácido Valproico y se indica, antitérmicos + diazepam al comenzar un cuadro febril. En el caso de Juan, al igual que el caso previo, se transforma un síntoma en una enfermedad sin ninguna base científica para este criterio, ya que para diagnosticar epilepsia es necesario que las crisis sean: afebriles, crónicas, de etiología desconocida, con EEG convulsivo y frecuentemente con antecedentes familiares.

5 - Pseudo ADDH y TGD: Benjamín (H.C. 13179)

Benjamín ha presentado problemas de conducta, agresividad con su madre, hiperkinesia y dispersión. Concorre a un jardín doble turno. Sus padres presentan dificultades como pareja y se resuelve la separación. Actualmente el padre va a tener otro hijo. Según la Fonoaudióloga del jardín (sala de 3 años), Benjamín tendría TGD e indica consultar con Neurología, quienes lo diagnostican como ADDH e indican Ritalina® 5mg/día, la cual le produce: insomnio, irritabilidad y pérdida de apetito. Por ello el médico tratante cambia la medicación a Ritalina LP (liberación prolongada), la cual agrava los síntomas. Finalmente lo retira e indica atomoxetina, que termina produciéndole nuevos y más severos efectos secundarios. En el mes de marzo de 2012 Benjamín tiene 5 años y 6 meses, y realizan la primera consulta con quien escribe, que observa menor agudeza visual, por lo cual se propone realizar una interconsulta con oftalmólogo, quien le indica anteojos. Por otro lado, se retira la atomoxetina y se solicita la colaboración al colegio, para que lo sienten en el primer banco hasta que se adecúe al uso de los anteojos. Benjamín progresa favorablemente.



Diagnóstico final: problemas de conducta secundarios a conflicto familiar y menor agudeza visual.

Comentarios: la preparación recibida por una fonoaudióloga no está destinada a la realización de diagnósticos de autismo. Hoy en día el uso de las grillas, de los manuales de estadísticas y diagnóstico (DSM IV y V), generan una pseudo capacidad de diagnóstico en base a datos simples, que ignoran la realidad de la complejidad emocional, reemplazando el conocimiento psicológico profundo por el tildado de ítems de la Asociación Americana de Psiquiatría. Por otro lado, un neurólogo que NO revisa al niño, ni ve su juego ni su comunicación, diagnostica ADD con el mismo criterio de usar el manual en reemplazo del conocimiento.

6 - Pseudo ADDH: Valentín, 8 años (HC 13463)

Es traído a la consulta por su "Abuela", "Por presentar problemas de conducta y aprendizaje". El informe escolar dice: Asiste a 2º grado y tiene dificultades para aceptar normas, y produce o genera conflictos permanentemente. La atención de Valentín es corta en períodos de clase. Participa en las actividades orales en forma pertinente, con conocimiento de los temas tratados. Pero se dispersa, no escribe, no respeta consignas. Desordenado con sus útiles, recibe frecuentes llamados de atención que no modifican su conducta. "No presenta problemas cognitivos para comprender las consignas", pero generalmente le cuesta ejecutarlas. Cuando juega con sus pares, le cuesta esperar su turno, pelea y pega. Se involucra en conflictos, llora y se lo nota angustiado, es un niño que demanda para sí mucha atención. Por otro lado, se muestra afectuoso y le gusta colaborar, pero a menudo está desatento y desconcentrado. Valentín se muestra muy sensible ante ciertos conflictos o problemas con sus compañeros, llora con intensidad y frecuencia inusuales a esta edad. Copia del pizarrón con dificultades. No cuida los materiales.

La maestra de 2º grado solicita orientación.

Su madre desde hace muchos años está internada por un cuadro psiquiátrico, Valentín convivió con ella los primeros años, y observó y sufrió su grave cuadro psiquiátrico. El padre está ausente y desde los 4 años lo cría la abuela. No ve a sus padres.

Comentarios: ¿Esto es una enfermedad del niño o de una sociedad incapaz de dar contención a un problema social? El niño necesita una maestra que lo comprenda, contenga y explique a sus compañeros, pues lo que padece es una carencia afectiva. No es un enfermo, es un niño maltratado.

Quien escribe le indica un antihistamínico, que actúa como un suave sedante (difenilhidramina, Benadryl®), por otro lado,

practicar taekwondo para desarrollar la concentración, control, autoconfianza y continencia. Además se envía una nota a la escuela, detallando que Valentín no es un niño malo, ni es ADDH (porque no existe). Valentín reacciona como consecuencia al maltrato sufrido. Se pidió que lo integre a un grupo de música como divertimento (musicoterapia).

7 - Pseudo ADDH en adultos: Ariel, 28 años (H.C. 13447)

Ariel es derivado a mi consulta por falta de memoria y dispersión, con el diagnóstico de ADDH en adultos. Es corredor profesional de automóviles. Desde pequeño le resultaron trabajosas las matemáticas y la concentración en tareas por un tiempo prolongado, sin embargo esto varió a lo largo de la vida en función de los temas que le interesan, donde no tiene problema de atención. Nunca repitió grados, si bien su dispersión fue constante.

Es karateca y cinturón negro de taekwondo, no toma alcohol, tiene una alimentación equilibrada y cuidado físico, por medio de la ejercitación regular. Concurrió medicado con Recit® (atomoxetina) 40mg/día, desde hace 51 días (desde el 30 de abril 2012). A las 2 horas de tomarlo ya tenía náuseas, mareos, malestar, moderada falta de equilibrio, sueño y pérdida de apetito constante. A los 2 días aparece dolor prostático intenso todo el día, que se acentúa en el acto sexual, se despierta de madrugada en forma abrupta con taquicardia. A los 4 días, disfunción eréctil, dificultad en mantener erección y eyacular, gastritis, irritabilidad, dolor abdominal. El médico tratante le preguntó antes de medicarlo, si tenía ideas suicidas (pues eso figura en el prospecto), y ante la negativa se lo administró. Al manejar el auto le cuesta la coordinación en las curvas. Al dejar la medicación mejoró notablemente, en 2-3 días recuperó la coordinación, le quedan restos de náuseas. El tema preocupante es su referencia, a que en la pista de carrera



le cuesta confiar en sus sentidos, desde que toma el Recit®. El examen neurológico y el EEG son normales. Es una persona lúcida, ubicada en tiempo y espacio, acepta sin objeciones la necesidad de retirar la medicación, por los efectos secundarios que ha sufrido y por leer el prospecto. Trae un estudio neurocognitivo donde está señalado el déficit en la atención, siendo todo el resto del examen normal.

Consideraciones finales: los datos “oficiales” para el diagnóstico del ADDH en adulto carecen de toda base científica, como lo demuestra uno de los parámetros, “dificultad para cumplir las promesas o contratos contraídos”. No existe el ADDH de adulto como una entidad médica, tampoco el infantil. La medicación administrada es peligrosa, especialmente a este paciente por su profesión, el origen de su dispersión, su aparente falta de memoria y su atención corta serán motivo de una evaluación psicológica y psicopedagógica detenida.

Se rompió el criterio médico, la regla de oro que dice “primero no hacer daño”.

ADDH en adultos definición “oficial”: Deficiencia de atención, con impulsividad e incontrolable movimiento o hiperactividad. La deficiencia de atención persiste y se convierte en el principal obstáculo del adulto.

Este síntoma lleva a cometer errores y descuidos, a veces burdos, al ejecutar tareas; genera una significativa tendencia al desorden y una notoria dificultad para organizar el tiempo y las actividades; insolvencia para planificar metas alcanzables y una habilidad escasa, nula para determinar prioridades en las actividades habituales; olvidos de obligaciones de mayor o menor importancia y frecuentes pérdidas de objetos; impide, a veces de manera grave, leer y ejecutar tareas que requieren atención sostenida.

8 - Pseudo ADDH en adulto: Jorge, 29 años (H.C. 13460)

Se trata de un joven que es analista de sistemas. Desde niño habían querido medicarlo (pero su padre no lo aceptó), lo habían clasificado como un ADDH por su dispersión a nivel escolar. En el secundario tuvo que rendir muchas materias, pues no las aprobaba en el año normal, sin embargo, en los exámenes lograba un buen resultado y nunca repite un año. En 6° grado tuvo dificultades severas para aprender a leer, lo

sentaron en el primer banco. Actualmente presenta dispersión y dificultad para concentrarse en el trabajo, lo ve un médico e indica Strattera (atomoxetina). Aparece en pocos días una disfunción eréctil, asociada a dolor prostático, se siente raro, lo medican por casi un año. En el examen neurológico, observo claramente que no ve del ojo derecho, lo que explica su dificultad para aprender a leer, y en buena medida su dificultad de concentrarse, el resto del examen es normal, lo mismo que su EEG. Se observa que es un joven muy ansioso y así lo confirmé personalmente. El cuadro es el resultado de factores ambientales y personales, que configuran su ansiedad, unido a su ceguera del ojo derecho. Se retira la medicación y se indican ejercicios apropiados para aumentar el tiempo de concentración. Además, una evaluación psicológica con un estudio de personalidad, para indagar la ansiedad que lo perturba en la realización de sus tareas.

Cuestionando el DSM V

El DSM V se considera la “Biblia” de la psiquiatría: usado masivamente por obras sociales, prepagas, médicos, peritos judiciales, etc., en la toma de decisiones referidas a la inclusión de las personas como “paciente mental”.

Según este manual, la timidez, la tristeza y la rebeldía se presentan actualmente como nuevas patologías, las cuales las convierte en las “enfermedades comerciales” de la actualidad. Ante ello se abre la posibilidad de etiquetar a millones de tímidos, personas tristes en procesos de duelos, o rebeldes sin causa, y aumentar la cantidad de “consumidores” de medicamentos con intención de controlar los síntomas. Beneficiando finalmente y nuevamente a las farmacéuticas, con aumento en las ganancias por el uso masivo y no cuestionado de medicamentos. Varios críticos cuestionan la nueva modalidad de medicalizar los sentimientos, y consideran que no deben ser tratados con medicamentos. 11 de marzo de 2012, en Clarín.com se lee: “11000 profesionales de todo el mundo firmaron un documento en el cual piden a la asociación de los Estados Unidos que no ponga en marcha el manual (DSM V)”. El 5 de mayo de 2012 se realizó una protesta llamada “Occupy APA” (“Toma de la APA”), durante el Congreso Anual en Filadelfia, con la finalidad de advertir que el nuevo manual empuja a la industria de la salud mental, a medicalizar problemas que no son médicos y conduce a la sobre prescripción de drogas psiquiátricas, al incluir a gente con duelo y timidez” (David Oaks, director de ONG *Mente Libre Internacional*, trabaja por los derechos humanos de personas con trastornos mentales). Por otro lado, *The Lancet* expresó su preocupación por “medicalizar” el sentimiento de tristeza por duelo: “Es peligrosamente simplista y erróneo”, y considera que: “A presión y con pastillas, *no todo se soluciona*”.



Cómo manipular las cifras de salud para generar nuevos enfermos (= vender más medicamentos)

Condición	Prevalencia de la enfermedad		Nuevos casos	Incremento
	Vieja definición	Nueva definición		
Cambio en el umbral				
Diabetes (1997) Azúcar en sangre 140 → 126	11.697.000	13.378.800	1.681.000	14%
Hipertensión (1997) Sistólica 160 → 140 Diastólica 100 → 90	38.690.000	52.180.000	13.490.000	35%
Hiperlipidemia (1998) Colesterol total 240 → 200	49.480.000	92.127.000	42.647.000	86%
Osteoporosis en mujeres (2003) T. score -2,5 → -2	8.010.000	14.791.000	6.781.000	85%

Fuente: Overdiagnosed. Making people sick in the pursuit of health. Welch et.al. 2011:23.

Inventando-Patologías

¡Colesterol, nivel en sangre ¿normal?! Hace pocos años, la cifra normal de colesterol en sangre era de 220-240mg%, luego la bajan a 200mg%, por ello USA pasó de 3 a 25 millones de personas tratadas con *Estatinas* en 10 años. Los beneficiados en este proceso son los Laboratorios, ya que al pactar nuevos valores normales inferiores, aumenta automáticamente la cantidad de individuos que deben medicarse, bajo la premisa de que el colesterol elevado conlleva un mayor riesgo de aterosclerosis y alteraciones cardíacas. La administración de *Estatinas* puede tener efectos secundarios: mialgias, artralgias, insomnio, astenia, dolor torácico, dolor de espalda, edema periférico, fatiga, cefaleas, mareos, parestesias, hipostesia, estreñimiento, flatulencia, dispepsia, náuseas, diarrea, reacciones alérgicas, erupción cutánea, prurito. Poco frecuentes: neuropatía periférica, insuficiencia hepática, pancreatitis, hiperglucemia, impotencia, etc. Nosotros proponemos una alternativa basada en una dieta rica en fibras, frutas, vegetales y semillas, actividad física y la Fitoterapia: extracto de ajo (comprimidos) es muy efectivo, y no tiene efectos secundarios.

¡Epidemias comerciales mundiales!

Actualmente se observa un alza en el diagnóstico de: ADHD, TGD, Trastorno bipolar, Trastorno Oposicionista, S. Piernas Inquietas, etc., bajo el “soporte” del DSM, el cual no presenta (ni necesita) pruebas fehacientes para catalogar, inventar y certificar nuevas enfermedades. Lo que facilita la venta de medicamentos,

¡llegando a proponer el litio en niños! La venta de medicamentos en Argentina aumentó un 28,4% en 2011, respecto de 2010 (Clarín 13-09-2011).

El Ritalin® aumentó su consumo 900% de 1994 al 2005 (Dra. Susana Etcheگوy). Junto con la epidemia de nuevos



diagnósticos, paralelamente aumenta la provisión de Certificados de Discapacidad. Es cuestionable la aceptación general de las normas que provienen de USA (DSM), donde predomina el marketing comercial y los diagnósticos no son cuestionados ni controlados. Además, en la Argentina no se aplica el Black Box Warning (Black Box Warning: advertencia en los medicamentos por efectos muy graves o mortales, que ya está legislada en la Argentina pero no se la aplica según mis conocimientos), lo que facilita la actividad comercial.

¿Trastorno bipolar en niños?

El trastorno bipolar es típicamente una patología del adulto, que se ha extrapolado a los niños por razones comerciales, con el objetivo de ampliar el mercado de los medicamentos. No es de mi conocimiento la existencia de trabajos documentados que avalen las características de esta patología en este grupo etario. El tema más relevante es la sugerencia de administrar a los niños —como tratamiento de esta supuesta patología— dos drogas cuyos efectos adversos pueden ser importantes. La droga más difundida se trata del Valproato® (ácido valproico), en cuyo prospecto se mencionan que:

—“*El trastorno bipolar es una enfermedad del estado de ánimo, causada por disfunción cerebral, crónica, con fases de remisión, episódica, cíclica y recurrente, tratable: 4-6% de población del mundo, requiere especialistas, aparece a cualquier edad, sexta causa de incapacidad mundial*”.

—Además resaltan el criterio organicista de que, “*El trastorno bipolar no es un problema psicológico, un trastorno de la personalidad, culpa de nadie, un problema debido al estrés, una enfermedad nueva, una moda, un castigo divino, un don, diagnosticable con análisis y neuroimagen, sinónimo de incapacidad, una excusa*”.

Pero además de ser una patología adosada a los niños, sin fundamento válido en mi criterio, la droga sugerida puede producir efectos secundarios, como lo menciona su propio prospecto. Se han reportado pancreatitis, en niños y adultos que reciben valproico, algunos descriptos como hemorrágicos, con rápida progresión desde los síntomas iniciales hasta muerte, ya sea al poco tiempo de iniciar su administración o bien después de varios años de uso. También se han producido casos de muerte por insuficiencia hepática en pacientes que recibieron ácido valproico. Niños menores de los 2 años de edad presentan un riesgo incrementado cuando se asocia a otros medicamentos anticonvulsivantes. La otra droga recomendada para el tratamiento —del supuesto trastorno bipolar en niños— es el litio, que es una droga limitada en su uso, a situaciones particulares con controles sanguíneos permanentes, pues su “ventana terapéutica” es muy pequeña, y rápidamente puede comenzar a dar efectos secundarios que se han visto en adultos.

Litio, “*Efectos secundarios: las señales tempranas de sobredosis o toxicidad son diarrea, sueño, falta de coordinación, pérdida del apetito, debilidad muscular, náuseas o vómitos, balbuceo, temblores severos. Las señales tardías de sobredosis o toxicidad: visión borrosa, torpeza o inestabilidad, confusión, convulsiones, mareos, tinitus, aumento inusual en la cantidad de orina*”.

La complejidad de las patologías médicas, cuando se trata de niños está incrementada, pues el medio ambiente juega un rol fundamental, y es necesario que el profesional sea extremadamente cuidadoso para tratar de ayudar a resolver los problemas sin crear riesgos adicionales.

La denuncia de la medicalización no es suficiente

La intensidad de la medicalización, su frecuencia y masividad, obligan a plantearse la necesidad de un plan más masivo, más ambicioso, mucho más fuerte, para lograr contener o modificar esta conducta (medicalizadora), para la cual hay muchísimo dinero a su disposición. El “modelo brasilero” de múltiples centros, trabajando en el mismo tema con diferentes enfoques, resulta muy valioso y atractivo para imitar. Pero entiendo que es necesario idear una política muy organizada, a nivel nacional y mundial, para poder actuar con mayor posibilidad de éxito. El uso de Internet que hacen en Brasil es una medida valiosa. Es además necesario involucrar a los médicos, en general ausentes de estos planteos. También se necesitan personalidades de la política, para lograr legislar y actuar en un marco jurídico más amplio y sustentable. Es necesario “hacer múltiples reuniones científicas” para discutir y difundir estos criterios, a fin de concientizar al público y profesionales sobre el tema.

Crear el hábito en los pacientes y profesionales, de *leer los prospectos de los medicamentos*. Exigir a las autoridades la *publicación de todos los datos de los laboratorios sobre venta, aparición y efectos secundarios de los nuevos productos*. Así como los nuevos productos medicinales, incorporados a la categoría de “Black Box Warning”.

Otra forma de luchar en el área política y *con humor es la de Beppe Grillo* (personaje italiano, postulado como diputado, ver en Youtube: Beppe Grillo, Ritalin, 2005). Los *foros sociales son herramientas válidas* para tener en cuenta. La acción ciudadana debe ser el motor principal, víctimas e interesados pueden generar una respuesta justa. Por ej., Francia con el producto DES, y en USA sobre experimentación con personas en Guatemala. En ambos casos las personas damnificadas terminaron movilizandando la justicia. En Argentina son escasísimas las denuncias por efectos secundarios, aunque sean anónimas. La permisividad de los gobiernos y las instituciones médicas deben contrarrestarse por la actividad judicial de los afectados. La ideología define la conducta del médico: el paciente es un número y el resultado es medicable

siempre. Los visitantes médicos constituyen en muchos profesionales (felizmente no en todos), los nuevos maestros, dictan normas, ofrecen recompensas. Es importante integrar Comités de Ética, poner en vigencia el Black Box Warning, pues aparentemente está legislado. Actualizarlo periódicamente, solicitar cambios legales que salven el problema de que un medicamento, prohibido de fabricar y vender por los laboratorios, se puede comercializar si en la farmacia tienen la droga, y lo hace sin problemas legales. Un ejemplo palpable es el Tamilan® o Pemolina, que lleva muchos años prohibido por daño hepático.

Abreviaturas empleadas - DSM: Manual de Estadística y Diagnóstico. ANMAT.

