



CEU
*Universidad
San Pablo*

Máster Derecho Sanitario Universidad San Pablo-CEU

**LA PROBLEMÁTICA DEL TRASTORNO
POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD**

ASPECTOS ÉTICOS Y JURÍDICOS

Paloma Domínguez García
Madrid, 30 de Septiembre de 2015.

ÍNDICE

1.- RESUMEN

2.- INTRODUCCIÓN

2.1.- RELACIÓN HISTORICA DE LA ÉTICA Y EL DERECHO

2.2.- LA INFLUENCIA DE LA MEDICINA DE MEJORA

2.3.- HISTORIA DEL TDAH

3.- TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

3.1.- CONCEPTO DEL TDAH

3.2.- LA PROBLEMÁTICA DEL TDAH

3.2.1.- EL DIAGNÓSTICO

- LIMITES INNATOS A LOS PROCESOS DIAGNOSTICOS
- LIMITES SOCIALES A LOS PROCESOSO DIAGNOSTICOS

3.2.2.- EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

4.- CUESTIONES ÉTICAS Y JURIDICAS REFERENTES AL TDAH

4.1.- PRINCIPIOS ÉTICOS UNIVERSALES

4.2.- AUTONOMÍA E INFORMACIÓN ASISTENCIAL

4.3.- LA CONFIDENCIALIDAD Y EL SECRETO PROFESIONAL

4.4.- EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

5.- CONCLUSIONES

6.- BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un desorden neurobiológico que afecta, cada vez más a un alto porcentaje de la población infanto-juvenil, llegando en la mayoría de casos a la edad adulta. La comunidad científica se encuentra muy dividida en el diagnóstico, tratamiento e incluso existencia del TDAH en los menores. Hemos querido resaltar algunos aspectos éticos y jurídicos que ayudarán a disminuir la abundante sobrediagnóstico que actualmente existe fruto, entre otros motivos y desde nuestro punto de vista, de la influencia en el uso de medicamentos entre las personas sanas para potenciar las capacidades cognitivas.

INTRODUCCIÓN

RELACIÓN HISTORICA DE LA BIOÉTICA Y EL DERECHO

Desde la antigüedad el hombre ha sentido siempre la seducción de la fuerza, le ha fascinado la salud, el vigor y ha cantado el triunfo del poder. Los más fuertes se erigían por encima del resto, pobres, enfermos, vencidos, esclavos.

En Grecia, Platón describe a un fanático del derecho de los fuertes, confrontado con unos débiles que intentan corregir su fragilidad con leyes ilusorias de derechos e igualdades.

Darwin en el siglo XIX acuña la noción de supervivencia de los más aptos, es decir de los fuertes, aplicada a las especies animales. Su teoría fue enarbolada por muchos para justificar su dominio sobre otros.

Nietzsche enaltece la ostentación de la fuerza, para él la vida es pujanza o voluntad de poder, sólo existe lo que crea la voluntad pero está, a lo máximo que llega es a crear el superhombre, no alcanza a producir lo infinito y por eso declara que Dios no existe.

La Alemania nazi alcanzó el culmen de esa fascinación por el superhombre, fue un poder aparente, postizo, basado en falsedades y aquella pesadilla se derrumbó impotente en un caos tan gigantesco, como más tarde lo haría sin ruido la utopía comunista.

El poder de la mentira ha marginado siempre a los débiles como inservibles, son inútiles, ya sea para las conquistas del imperio o la lucha competitiva en la nueva globalización.

La bioética nació para socorrer el desvalimiento de la vida humana frágil, venía a combatir el error de que el derecho está supeditado a la fuerza y defendía el valor y dignidad de cualquier persona, aún la más enferma y limitada.

Pero... ¿Por qué hubo que esperar hasta finales del siglo XX para hablar de bioética? Esa palabra no existía aún, cuando los astronautas americanos pusieron los pies en la luna por primera vez, ¿Por qué no surgió antes?.

En 1945 cuando el mundo descubrió estremecido los horrores perpetrados en los campos de exterminio nazi, una crueldad difícilmente superable. En Auschwitz, el doctor Josef Mengele y otros médicos de las SS experimentaron con los prisioneros, mayoritariamente judíos, como si se tratasen de cobayas, les practicaban operaciones sin anestesia y les inoculaban diversos virus, con las mujeres ensayaban nuevos métodos de esterilización y control de natalidad. El Tribunal Internacional de Núremberg, organizado por los aliados en 1946 no solo juzgó los crímenes de guerra de los políticos

y militares nazis, sino que condenó con toda severidad los experimentos inhumanos de los médicos al servicio de aquel régimen despiadado. Lo lógico es que la humanidad hubiera aprendido de aquella terrible catástrofe y se hubiera garantizado para siempre los derechos del hombre. Se intentó, pero... ¿Qué ocurrió en realidad?

Después de la Segunda Guerra Mundial los derechos de la persona se convierten en un elemento clave en todas las constituciones occidentales, por tanto estamos en un buen momento para los derechos humanos, pero a la vez, se impone una filosofía individualista, radical, que vacía muchos de los mismos y sobre todo se los niega a los más débiles, a los que no pueden protestar, o están en minoría, con lo cual, en el momento del apoteosis de las garantías individuales es cuando más vulneraciones de las mismas hay. Hasta el punto de escandalizar a los de otras culturas que no acaban de entender muy bien lo que hemos montado, siendo necesario llenarlos de contenido.

La bioética no apareció como réplica inmediata a los crímenes nazis, curiosamente surgió como reacción a los abusos médicos a escala mucho menor en EEUU. En Alabama desde 1932 hasta 1962 el gobierno norteamericano, llevó a cabo una investigación con 400 pacientes de sífilis de raza negra, ni se les informó, ni se les trató con penicilina. En los años treinta, el estereotipo de la gente de color era sinónimo de suciedad y promiscuidad, ¿era la sífilis consecuencia de todo ello? Al principio el estudio se usó en apoyo de la discriminación racial. De esos 400 muchos murieron. Décadas después el presidente Bill Clinton pidió perdón a los supervivientes en nombre del gobierno, prometiendo jamás volver a cometer abusos semejantes.

Quien no ha pedido perdón es el gobierno de la China comunista, donde los médicos ejecutan planes draconianos para la planificación familiar, que prohíbe tener más de un hijo por familia. Quienes osan desobedecer son sometidos a esterilizaciones forzadas y abortos, una triste secuela han sido los infanticidios de niñas, pues los varones son más cotizados. También en la India bajo el gobierno de Indira Ghandi se llevó a cabo una campaña masiva de esterilización forzosa que desencadenó multitudinarias protestas. En otros países del tercer mundo de una manera más solapada se llevan a cabo campañas de esterilización química y quirúrgica.

En EEUU la reacción bioética se va perfilando tras los resonantes escándalos de los años 60. Entre ellos destaca el del Hospital Willowbrook de Nueva York donde se experimentó con más de 700 niños discapacitados durante cinco años, llegaron a infectarles con hepatitis vírica. Otro escándalo fue el de un hospital de Brooklyn donde se inyectaron células tumorales vivas en ancianos para investigar el cáncer. Mayor impacto internacional tuvo la tragedia de la Thalidomina en 1963, miles de niños nacieron con malformaciones debido a un fármaco mal experimentado.

Estos horrores y otros anteriores no bastan para explicar la buena aceptación de la bioética, también influyó la revolución ideológica de los años 60 una de cuyas reivindicaciones fue la ecología. La bioética aparece en un contexto en el que se considera prácticamente al hombre un agresor contra la naturaleza y el entorno que le rodea, hay una enorme desconfianza hacia la industria, la tecnificación de la medicina. Esa sospecha hacia el progreso técnico se agudizó ante el espectacular avance de las investigaciones médicas, ¿no se abusaría del hombre como se abusa de la naturaleza?

El hombre a través de la ciencia puede llegar a dominar incluso la aparición de su propia naturaleza, por medio de la genética así, va dominando los mecanismos íntimos por los cuales surge el proceso de la vida. Sería algún día capaz de modificar los caracteres de la naturaleza. Para evitarlo habría que embridar el galope acelerado de la ciencia.

La medicina había avanzado mucho desde la época de Pasteur en el siglo XIX, pero el progreso se hacía deslumbrante a partir de los años sesenta. En 1962 se descubre la diálisis renal, siguen después los primeros trasplantes de riñón ampliamente extendidos en la década de los setenta, luego los trasplantes de corazón y los nuevos aparatos de respiración asistida, se amplían los horizontes de esperanza, pero la posibilidad de beneficiarse de estas técnicas estaba limitada por la escasez de recursos, ¿con que criterios se salvaría a unos y se dejaría morir a otros? ¿vivirían los más adinerados o más influyentes? La respuesta debía ser ética.

La bioética nace pues condicionada con el estilo de resistencia de defensa que tuvo que adoptar ante los abusos a los pacientes y los progresos de la medicina; la bioética antes que ser propositiva se vio obligada a fijar límites a los avances científicos. Como parte de la ética general, la bioética estudia la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud a la luz de principios morales, pero no busca responder a preguntas, como... ¿qué podemos lograr con la técnica? O ¿Hasta dónde podemos llegar? Ni se pregunta ¿Qué es útil a la sociedad? La bioética debería responder a ¿cómo debo usar los avances biotecnológicos para el bien humano integral? Su ideal sería un comportamiento humano virtuoso, armonizando ciencia y ética. La década de los 70-80 es la etapa de la consolidación. En EEUU merodean las declaraciones de informes sobre bioética, el más famoso es el Informe Belmont, elaborado por una comisión nacional. En este documento emergieron tres principios orientadores de la intervención médica ante la experimentación con seres humanos que han pasado ya al acervo de la medicina, estos tres principios son:

- Autonomía
- Beneficencia
- Justicia

El médico cuando actúa delante de un enfermo tiene que buscar su máximo bien, tiene que no actuar de una manera impositiva, paternalista, tiene que oír al paciente y respetar sus criterios y además en la aplicación de esos medios, debe procurar ser justo, solidario e imparcial. Tratando a todos por igual.

¿Dónde surgió esta nueva disciplina? La bioética nació en una comunidad científica ideológicamente dividida. El primero en acuñar ese término fue un holandés afincado en EEUU Van Rensselaer Potter, su libro "*Bioética, un puente hacia el futuro*" buscaba conciliar la mentalidad científica plétórica de éxitos y la razón filosófica estremecida por el impacto que aquellos logros podrían tener sobre el hombre y el ecosistema. Entre esos logros preocupantes, surgía la bomba atómica, la expansión industrial, con su efecto contaminante, el descubrimiento y manipulación del ADN.

En EEUU fueron surgiendo estudios académicos, carreras y máster en bioética, muchos de sus iniciadores fueron teólogos protestantes o médicos agnósticos que abordaron temas, ya candentes entonces, como la reproducción asistida o el aborto. Pero la bioética no surgió de la nada tiene precedentes milenarios, aunque su origen actual nace en Norteamérica y es un típico producto de la mentalidad norteamericana.

Los médicos siempre han tenido una ética profesional que se remonta a tiempos pretéritos, se remonta a Hipócrates al *Corpus Hippocraticum* y que es hasta cierto punto conocido por la sociedad. El juramento de Hipócrates data del siglo IV a.C. se basa en el derecho natural y ello explica que haya sido el paradigma vigente hasta hoy. El médico jura actuar siempre en beneficio del paciente ese es el principio llamado hoy de beneficencia y de no maleficencia.

La irrupción del cristianismo en el endurecido mundo grecorromano supone una revolución en todos los campos, también en el del tratamiento de los enfermos, el mandato del amor al prójimo y la certeza de ver el rostro de Cristo en el hermano que sufre, son poderosos estímulos que moverán a millones de cristianos a lo largo de los siglos a cuidar enfermos, durante siglos los hospitales son iniciativas de la Iglesia. Una ética médica de inspiración cristiana será prácticamente la única fuente de principios morales hasta mediados del siglo XIX.

La intervención de la sociedad civil actual es mucho más reciente, el conocimiento de los crímenes nazis desembocó en la formulación de distintos códigos: La Carta de Derechos Humanos de la ONU, los Códigos de Deontología médica de Ginebra y Helsinki, pero, ¿qué importancia tienen esos códigos?.

Para defender al ser humano, la bioética necesita aliarse con la Ley. El derecho es su protector y una de sus fuentes de inspiración imprescindibles. La bioética propone normas y señala deberes, solo el derecho junto con la moral tiene la fuerza necesaria para aplicarlas en favor del más débil.

El derecho es algo distinto de la moral, el derecho no va a ocuparse de todo aquello que es relevante para la moral, sino solo lo que condiciona nuestra convivencia social, lo que garantiza una convivencia justa. El problema es que uno se pregunta, ¿hasta dónde llega lo que condiciona una convivencia justa? y eso exige una respuesta moral inevitablemente. Por eso por ejemplo el Código Penal tiene un trasfondo moral, porque es el que ha establecido, esto afecta o no afecta a ese mínimo ético que el derecho debe defender.

Nace así dentro del derecho y de la bioética una nueva rama, la biojurídica, llamada también bioderecho que abarca desde las leyes de reproducción artificial y el aborto hasta los derechos y deberes de pacientes, normas para experimentación con humanos, clonación y otros muchos problemas presentes o futuros, pero tanto en los parlamentos que aprueban esas leyes como en las comisiones éticas que las preparan, se enfrentan al menos dos visiones diametralmente opuestas.

Hay dos conceptos del ser humano y vida humana que están en conflicto, el tradicional europeo en el que la dignidad y el valor de la vida es intrínseca al hombre, es decir que tenemos una dignidad, un valor como ser humanos sencillamente por el mero hecho de serlo. Por otro lado está ahora la noción postmoderna del individuo en donde el valor y la dignidad dependen de sus capacidades, de lo que todavía puede contribuir a la sociedad o por lo menos gozar de la vida y cuando ya no puede gozar de ella o no puede contribuir a la sociedad dentro de su entorno social entonces pierde su valor.

En una clase hay listos y menos listos, la inteligencia es una cualidad como la memoria, la voluntad o la salud. Si la dignidad de la persona dependiera de cualidades innatas o transitorias gran parte de la humanidad podría ser desechada.

Cuando empezamos a medir cualidades, tenemos al más inteligente y al menos inteligente, el más consciente o menos consciente, empezando a marcar esas líneas de diferencias sobre cuál es el punto de conciencia que hay que alcanzar, cuál es el punto de inteligencia, o el punto de calidad de vida, que es el más peligroso, entre nosotros. Y por tanto el derecho se convierte en última instancia en un proceso arbitrario.

Aunque se enfrenta a cuestiones novedosas el bioderecho no debe olvidar nunca los principios universales y sólidos de la ética y la justicia. El fundamento es la dignidad del hombre, intrínseca a cada sujeto, no nace de un consenso o acuerdo sino de la igualdad

ontológica de todos los individuos. Ningún derecho debe permitir que una persona sea tratada como un objeto. El principio de dignidad conlleva el necesario respeto y protección jurídica de toda vida, especialmente la del más débil.

El fundamento de la dignidad del hombre no puede ser la fuerza de la mayoría, sino la verdad, solo la intrínseca justicia de los preceptos jurídicos y el respeto a su dignidad pueden ser considerados como fundamento último del derecho. Toda la filosofía de los derechos fundamentales se apoya en que existen verdades y exigencias derivadas de la naturaleza humana, que nunca bajo ninguna circunstancia pueden ser negadas debiendo permanecer por encima de los vaivenes de las mayorías. Son límites infranqueables.

LA INFLUENCIA DE LA MEDICINA DE MEJORA

Los grandes avances en la ciencia biomédica y biotecnológica durante este siglo, prevén una medicina que sobrepasa la práctica entendida como curativa o preventiva de enfermedades, que tan conocida nos resulta. Con esta nueva disciplina se busca ir más allá del estado normal de un organismo, generándose una cuestión de doble filo, una promesa y un problema. Siendo por un lado, capaces de prevenir un gran número de enfermedades y generando conflicto cuando el nuevo conocimiento genético permita manipular y modificar nuestra propia naturaleza.

Se plantean numerosas cuestiones éticas y jurídicas al hacer de la medicina algo más de lo que hasta ahora conocemos, medicina curativa y preventiva. El realizar mejoras sobre las condiciones normales del ser humano, genera a su vez diversos problemas. Por un lado sería necesario definir que entendemos por condiciones o funcionamiento humano normal, concepto ampliamente conflictivo así como todas las cuestiones éticas y jurídicas que se pueden dar, como por ejemplo ¿existe diferencia entre mejora y tratamiento? ¿Hay que poner límites a estas nuevas prácticas médicas? ¿Qué tipo de límites? ¿Quiénes definen dichos límites? Todas estas cuestiones son de gran envergadura, por su diversidad y novedad en el panorama científico-sanitario, y que pueden incluso afectar a derechos fundamentales de la persona.

Dependiendo de la práctica médica en la que se dé, será más complejo establecer el límite de mejora o tratamiento. No hay duda, cuando se medica a un enfermo de cáncer, que lo recetado es un tratamiento para la enfermedad, o por el contrario la intervención de mejora cuando se realiza una cirugía para reducir la nariz, por no estar contento con ella. Pero no todas las situaciones son tan fáciles de delimitar, el trasplante de órganos sanos a personas mayores con el objetivo de alargarles la vida..., y así hay un amplio abanico de opiniones. No obstante para identificar claramente algunos métodos que son constitutivos de mejora podríamos fijarnos únicamente en una persona sana.

Concretamente vamos a fijar nuestra atención en algunos aspectos de las mejoras cognitivas o modificaciones mentales, es decir todo aquello que hace referencia a las mejoras en la mente y el cerebro (cognición, estado de ánimo y personalidad) generando por ejemplo una mejor concentración, atención, memoria, o incluso una disminución del stress, de la ansiedad, fatiga, etc. Con el uso de sustancias psicotrópicas u otras formas para tener una memoria más duradera, una capacidad de razonamiento más acentuada,

una concentración más profunda, un estado de ánimo más animado, un mayor vigor o una autoconfianza más estable.

Dentro de las mejoras corporales de características físicas, el ámbito del deporte constituye un ejemplo paradigmático, suponiendo una de las esferas sociales en las que esas transformaciones genéticas sobre el cuerpo humano se contemplan con mayor intensidad. El avance científico y médico con el fin de mejorar el rendimiento físico de las personas, y concretamente de los deportistas, ha ido descubriendo nuevas vías hasta llegar a lo que se conoce como dopaje deportivo, hablaríamos entonces de intervenciones susceptibles de alterar las reglas de la competición que además entrañan un grave riesgo para la salud.

¿Por qué en el ámbito deportivo está tan regulado y controlado el uso de medicamentos u otras sustancias, que se ingieren sin que exista una necesidad por enfermedad y en cambio en el ámbito mental o cerebral, no? Para saber si una persona es hipertensa se le mide la presión arterial, pero no hay un instrumento capaz de “medir” síntomas a nivel psíquico, y los intentos por definirlos “objetivamente”, más allá de cualquier apreciación subjetiva, no son tan claros. Quizás sea porque la mente humana es mucho más compleja que el cuerpo físico, o sus anomalías o modificaciones son más difíciles de definir puesto que ni se ven ni se palpan.

Prolifera el uso de medicamentos de una forma desorbitada, para conciliar el sueño, para tener una mayor concentración, para evitar el decaimiento, y multitud de motivos más que ponen sobre el tapete infinidad de interrogantes, como ¿tendrán efectos a la larga?, ¿qué gasto económico genera el uso desmedido y muchas veces innecesario de esos fármacos?

La verdadera revolución del uso de medicamentos empezó en los Estados Unidos cuando los jóvenes estudiantes consiguieron estimulantes clandestinos para superar mejor los exámenes y aumentar su retentiva y se generalizó cuando ciertos proveedores de fármacos comenzaron a vender por internet lo que llamaban “medicamentos para el estilo de vida”.

Lo que para muchos se denomina dopaje mental ha pasado de una manera muy sutil y al mismo tiempo rápida a formar parte de la vida cotidiana de muchísimas personas, es probable que muy pronto sea algo absolutamente normal el tomar combinados de distintas sustancias psicoactivas en función del fin que queramos conseguir. Debemos reconocer la atracción que genera en todos el poder tener una inteligencia mayor, una memoria más firme y duradera, unos sentimientos más intensos, o una mayor relajación y trato distendido con personas desconocidas, en definitiva el poder tener una vida más plena.

El dopaje mental y las posibilidades de aumentar nuestras capacidades cognitivas ha sido siempre foco de estudio e interés para numerosas revistas especializadas y es un tema abordado en muchos congresos. Asimismo debemos señalar que el dopaje mental en personas sanas ha surgido en numerosas ocasiones a partir del conocimiento terapéutico para personas enfermas.¹

¹ Uno de los objetivos del trabajo es fijarnos en los niños o adolescentes que siendo sanos han sido diagnosticados de TDAH y que son tratados con los mismos medicamentos potenciadores que los menores con TDAH. Ocasionando no solo un perjuicio para el propio niño, víctima de un mal diagnóstico sino un perjuicio para el resto de compañeros, como ya veremos.

Para verlo más claro, las investigaciones sobre la demencia senil promovieron la síntesis de medicamentos contra la degeneración mental. Desde entonces, se percibió una oportunidad de saber que la sustancia que mejora la capacidad mnémica de un cerebro enfermo aumenta también la capacidad del rendimiento mental en un individuo completamente sano. En la misma línea, hay más casos que han visto como se extiende su uso más allá de los pacientes aquejados por la enfermedad, como por ejemplo los medicamentos hechos contra el Alzheimer y otras patologías neurodegenerativas que han visto muy ampliado su horizonte de demanda.

Este aumento de uso de “medicamentos para el estilo de vida” es un fenómeno que beneficia a los laboratorios farmacéuticos que han visto dispararse las cifras de ventas, convirtiendo en numerosas ocasiones nuestros hábitos en patologías. Este fenómeno va en aumento, por ejemplo en EEUU en el año 2002 se gastaron 20.000 millones de dólares en píldoras para aumentar la potencia sexual, para ayudar en el abandono del hábito de fumar y reducir el peso corporal, en 2007 esa cantidad ascendió a 29.000 millones de dólares.

Esto mismo ocurre con los preparados para el dopaje mental ¿Qué tenemos que hacer ante semejante panorama? Actualmente pocos se plantean la duda sobre el uso de la cafeína y la glucosa, puesto que están muy bien asentadas en la sociedad, pero muchas veces son usadas con el fin de potenciar nuestras capacidades mentales. A ellas recurrimos a diario en épocas de exámenes, para atender a un congreso o acto académico y en múltiples situaciones más, sin embargo, el grado de eficacia de estas sustancias es bastante limitado. En el caso concreto de la cafeína se cree que la esperada eficacia se debe a la dependencia o adicción creada.

Vamos hacer un breve repaso de las sustancias más comunes, para luego tener una idea más clara:

- Anfetamina (AMPH): quizás sea de los estimulantes más conocidos, empezó a utilizarse en la medicina hasta llegar a los individuos sanos. Sintetizada en 1887 e investigas sus propiedades terapéuticas en los años veinte, se aplicó una década después para el tratamiento de la narcolepsia, trastorno que se caracteriza por ataques de sueño repentinos.

Es una sustancia con una prevalencia en la población española estudiantil (15-16 años) del 2 por ciento.² El éxito que tuvo despertó el interés en el ámbito militar, no sólo en España durante la Guerra Civil, para aumentar la atención y concentración de los soldados, sino durante la Segunda Guerra Mundial, los ejércitos norteamericanos, británicos, alemanes y japoneses, en concreto para soportar vuelos de larga duración y en misiones de bombardeo, para mantenerlos despiertos. En numerosas ocasiones era necesario suministrarles medicamentos de acción antagónica para que pudieran conciliar el sueño, lo que no siempre conseguían sin provocarles alucinaciones y psicosis.

- Modafinilo: Es el fármaco de mayor demanda hoy en día, en sus inicios se usaba para tratar la narcolepsia y algún otro trastorno del sueño, se desconoce su exacto mecanismo de acción, pero no parece que conlleve graves efectos secundarios, ni genera un especial peligro de adicción. Fue muy usado durante la Guerra de Irak, para poder realizar misiones de 48 horas seguidas sin padecer después el temible efecto rebote, que se manifiesta por la aparición de un

² Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías - Informe Europeo sobre Drogas 2013: Tendencias y novedades.

extremo agotamiento. Para los planificadores de la guerra resulta además muy interesante el que los soldados, tras ocho horas de sueño y una nueva toma del fármaco, estuvieran de nuevo listos para otra misión de larga duración.

- Metilfenidato³: Contiene una estructura química afín a la anfetamina, es el medicamento más usado para el tratamiento en los Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad. Los nombres comerciales más conocidos son Concerta, Rubifen o Ritalin, el cual ha sido objeto de controversia poniéndose en duda su idoneidad. En el año 2001 Sean Esteban McCabe, de la Universidad de Cambridge, hizo un estudio en donde de un total del 10.000 alumnos fue consumido de manera ilegal por el 4,1 por ciento, observando que el uso del metilfenidato únicamente ayudaba a incrementar el rendimiento del trabajo en los primeros momentos después de su ingesta por los jóvenes que participaron. Más tarde repitieron las tareas y vieron como los miembros que no habían tomado la medicación, obtenían resultados considerablemente mejores. Se llegó con esto a la conclusión que *“el medicamento únicamente aumentaba la capacidad de atención, pero inhibía el proceso de aprendizaje a través del cual se arraiga el conocimiento”*.
- De la oxitocina al prozac: Existen otras sustancias que cambian el comportamiento. Ernst Fehr, de la Universidad e Zúrich, ha demostrado la sensación de autoestima que genera la hormona oxitocina. Pero hay que tener cuidado porque muchas veces este exceso de confianza en uno mismo puede impedir valorar adecuadamente las dificultades que presentan nuestros oponentes. Esto mismo ocurre con el MDMA, coloquialmente conocido como éxtasis. Esta sustancia no mejora la capacidad de enjuiciar objetivamente las opciones, viendo todas las situaciones de una manera muy positiva. Por estas peculiaridades, era usado en los años setenta para apoyar el tratamiento psicoterapéutico; ayudaba a los pacientes encerrados en sí mismo a tener confianza en el medico. Esta sustancia fue muy pronto prohibida por la mayoría de los gobiernos.

A los individuos que sufren de una extrema timidez o fobia social, se ha visto que puede ayudarles la fluoxetina, conocido comercialmente por el de mayor venta denominado Prozac, prescrito generalmente como antidepresivo, mejorando el estado de ánimo. Con este fin es consumido por millones de personas en todo el mundo.

- Otras sustancias: Dentro de la amplitud de sustancias que el mercado ofrece, podemos destacar también las usadas para sentirse mejor o estar relajado, las más conocidas son la amineptina, que limita la recepción de dopamina en el cerebro, ayudando a una mayor estimulación de la psique. La Selegilina, que se usa en los antidepresivos, siendo su origen las etapas iniciales del Alzheimer. Y finalmente volvemos al uso del metilfenidato, para provocar un subidón de sensaciones al mezclarlo con el alcohol.

Al dar un par de pinceladas al uso de sustancias que hoy en día están en el vivir diario de millones de personas, con un amplio abanico de posibilidades, es necesario plantearse si debemos mejorar nuestro mundo emocional y cognitivo. Para poder ver una respuesta más clara puede ayudarnos si hay riesgos o efectos secundarios en estas sustancias. Ni siquiera del Ritalin (ampliamente comercializado para el TDAH) se conocen los riesgos colaterales que acarrea un consumo prolongado durante años. Terry Robinson, de la Universidad de Michigan en Ann Arbor, ha demostrado en investigaciones sobre ratas, que la anfetamina, incluso tras pocas ingestas, cambia la

³ Este fármaco es de especial atención, ya que es el más usado en el tratamiento del TDAH.

morfología de las dendritas, es decir, de las prolongaciones neuronales que sirven para recoger la información transmitida a través de las sinapsis. El consumo de este fármaco deja tras de sí huellas en el cerebro que muy probablemente perduran durante el resto de la vida y cuyas consecuencias a largo plazo todavía desconocemos.

Vemos necesario, controlar el uso y prevenir el abuso de sustancias estimulantes, para evitar infinidad de problemas que origina el dopaje mental. Desde el gasto económico que genera, las desigualdades que provoca, así como que muchos de los principios activos que se emplean interfieren en el sistema enzimático del cerebro. En definitiva, concienciar que aunque una intervención farmacológica reporte beneficio a determinados enfermos, no significa que beneficie a sanos. Además las investigaciones normalmente suelen centrarse en evitar efectos secundarios, no en mejorar las capacidades mentales. Es verdad que potenciar las capacidades neurocognitivas parece muy deseable y no dudamos que sea algo positivo, pero hay que establecer unos límites, porque ¿qué sucedería en la sociedad si todos empezáramos a tomar píldoras para pensar, aprender y trabajar de una manera más eficiente? Judy Illes, directora del Centro de Bioética de la Universidad de Stanford, ha subrayado el problema que entraña la coacción competitiva. ¿Qué pasaría a la hora de buscar trabajo, si únicamente valiera quien practica el dopaje mental? Semejante desigualdad puede revestir infinidad de formas.

Además de este problema, surge otra cuestión ética y de justicia, en la sociedad actualmente parece que nuestros juicios morales o de inmoralidad sobre el dopaje parece que depende del grado de accesibilidad que tenemos sobre la sustancias en cuestión. Nadie se atrevería hoy en día a decir que hay desigualdad en un examen porque ciertos alumnos han tomado cafeína los días previos para estudiar y les proporciona cierta ventaja, si seguimos esta línea en el caso por ejemplo de un potenciador cognitivo como puede ser el ritalin, del que hemos hablado anteriormente y que es frecuente en el tratamiento del TDAH, si estuviera al alcance de todos, podría ser que nadie considerara injusto su uso en situaciones de competición, como un examen.

Esto nos lleva a pensar que la posibilidad de acceder a unas sustancias u otras, es un tema muy delicado en el dopaje mental, ya que excluye a una parte importante de la población. ¿Serían solo para que las personas pudientes pudieran adquirir estos medios aumentando así su capacidad cognitiva y cosechando gracias a ello mayores resultados, haciéndose así todavía más ricos? Sin embargo son varios los que dan a esta reflexión un valor académico, como Anjan Chatterjee, de la Universidad de Pennsylvania en Philadelphia que afirma *“dado que aceptamos tácitamente las actuales desigualdades en los campos de la educación y de la alimentación, no habría tampoco que esperar que en la época del dopaje mental se llevara a cabo un reparto más justo de las oportunidades.”* Pero ante esto podríamos instar a las empresas farmacéuticas a acabar en la medida de sus posibilidades con viejas desigualdades. Lo que está claro con todo esto, es que urge proteger a los consumidores potenciales de estos medios, principalmente a través de la venta ilegal por Internet.

El uso de sustancias estimulantes fuera de un fin de tratamiento médico, puede tener muchos peligros, en el año 2002 dos pilotos estadounidenses mataron por error a cuatro soldados canadienses en Afganistán. Los abogados alegaron en su defensa ante el tribunal de guerra que sus clientes se encontraban bajo efecto de anfetaminas, en concreto la dexedrina, muy común desde la Segunda Guerra Mundial en el ejército estadounidense para potenciar el rendimiento de la tropa. Esta sustancia conlleva unos efectos difíciles de manejar en muchas ocasiones de taquicardias, nerviosismo y una extrema sensación de euforia, a costa como regla general de la pérdida del propio

control ocasionando, como en este caso, gravísimas consecuencias. Este fármaco también es de uso en los menores con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tal y como señala la revista norteamericana HealthDay⁴.

No podemos pensar que el abuso de sustancias farmacológicas se da únicamente o principalmente en deportistas de elite o soldados en misiones de guerra, muchos otros sectores de la población abusan de ellas, pilotos de vuelos comerciales, directores de orquesta, grandes científicos, médicos e incluso infinidad de estudiantes. En un estudio publicado en el 2005, un 34 por ciento de los maestros de orquesta afirmaron que combatían su miedo a salir a escena con alcohol y betabloqueantes. Muy famoso fue el caso del agente de bolsa de Wall Street, Andrew Tong, quien reveló haber sido obligado por su jefe a doparse para aumentar su productividad.

En los Estados Unidos el uso de metilfenidato se encuentra muy extendido en los institutos y universidades para potenciar el rendimiento. Actualmente ha pasado a esnifarse en una cantidad mayor que la cocaína. El efecto positivo que esta sustancia causa en enfermos de TDAH no ocasiona dudas, sin embargo como ya veremos cuántos niños pueden ser empujados a iniciarse en el consumo sin necesidad real provocado por un mal diagnóstico. Además muchos estudios han demostrado que el uso de este tipo de estimulante no produce ninguna mejora en las facultades cognitivas de las personas sanas que lo ingieren.

Un estudio mencionado en la revista *Mente y Cerebro* nº 20/2006, demostraba que cuando jóvenes sanos tomaban ritalina, sus capacidades espaciales aumentaban para solucionar tareas complejas, pero cuando realizaban un segundo ejercicio, los resultados caían por debajo de los voluntarios que habían tomado el placebo. Hay estudios que afirman que incluso puede dificultar el aprendizaje a largo plazo. En la misma línea que el estudio anterior, al realizarlo con ancianos se mostró que no tenía ningún efecto.

Actualmente las sustancias que más se consumen en el campo del dopaje mental son las que potencian la atención, a pesar de los escasos estudios que hay sobre su verdadera efectividad. Esta demanda aumenta conforme se incrementa el tiempo de trabajo, cuando aumenta la competitividad o cuanto más monótonas sean las actividades a realizar diariamente. Este aumento claro del consumo podría ser el principal factor para pensar de manera positiva en la efectividad de estas sustancias, aunque de momento no podemos probar objetivamente que producen un aumento perdurable del rendimiento cognitivo.

Asimismo se desconoce el potencial adictivo que puede producir en un sujeto el ingerir regularmente este tipo de sustancias con el fin de resistir o mejorar las exigencias mentales a las que nos vemos sometidos en nuestro quehacer cotidiano. No tenemos ningún dato objetivo que nos permita valorar estas consecuencias.

No obstante y esto es lo principal con lo que me gustaría que se quedaran: Cuando un sujeto para un examen o competición se toma modafinil o ritalina procurándose de este modo una ventaja sobre sus compañeros, desde mi punto de vista se comporta igual que un ciclista dopado en el Tour. El dopaje mental no va hacer que un mal estudiante llegue a Harvard, igual que en el dopaje deportivo un ciclista aficionado se vista el maillot amarillo del Tour de Francia, pero muchas veces es una simple cuestión de un par de puntos. Si los estudiantes o ejecutivos que no recurren a este tipo de sustancias y métodos sienten que otros utilizan sustancias que potencian sus habilidades cognitivas,

⁴ HealthDay – Amanda Gardner, Aug 23, 2006.

posiblemente sientan que deben hacer lo mismo para estar al mismo nivel, lo que provocaría la generalización de este tipo de conductas y se impondría un dopaje coercitivo en el que los estudiantes o ejecutivos que no lo hacen se ven forzados a hacerlo para estar en igualdad de condiciones. Cuestión a la que el derecho tendrá que dar respuesta tarde o temprano.

El uso de los neuropotenciadores como vemos está cada vez más extendido y esto provoca que nos planteemos numerosas dudas éticas y legales al respecto. ¿Bajo qué condicionantes se puede justificar su uso? ¿Es lícito modificar el cerebro de una persona sana con medicamentos? ¿Qué nos parecería si alguno de nuestros colegas obrara así? ¿Se deberían permitir prácticas de esta índole? Como ven son infinitas las cuestiones que este problema genera, sin embargo nos vamos a centrar, teniendo en cuenta todo este planteamiento previo, en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, en la controversia de su diagnóstico, el tratamiento que se da a base de estos fármacos y como afecta a muchos niños que estando sanos son valorados como pacientes de TDAH.

Antes, resulta imprescindible señalar las características propias de los trastornos mentales puesto que es difícil de medir objetivamente los síntomas a nivel psíquico. Es muy complicado contrastar empíricamente la “sospecha” de que existe sobremedicación en el campo de la salud mental. Las situaciones sociales son complicadas y el aumento exponencial en las ventas de estupefacientes, puede ser fruto tanto de la agresividad del marketing farmacéutico, creando en la población la necesidad y hasta el deseo de consumirlos; como a una circunstancia social complicada que acrecienta la incidencia de cuadros psiquiátricos.

Al igual que es difícil medir los síntomas o saber hasta dónde hay una verdadera sobremedicación, las ciencias de la salud es un ámbito donde se dan numerosas controversias en concreto la increíble complejidad del cerebro humano hace que en ámbito de la salud mental se vea agravada esta tensión y que las cuestiones clínicas, éticas y sociales aumenten. Centrándonos en lo referente a los menores, las alarmas deberían multiplicarse de manera que la prudencia en la intervención médica se cuidara al máximo.

Actualmente en el campo de la salud infanto-juvenil el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un ejemplo paradigmático en el que el debate está más abierto que nunca y genera contradicción de opiniones no solo en la esfera científica sino también en la educativa y social, comúnmente conocido por sus siglas TDAH. Afecta alrededor de un 5% de la población mundial infantil. La controversia va desde la negación del trastorno por parte de profesionales sanitarios y educativos hasta la afirmación de que 10 de cada 100 niños son víctimas de esta patología.

¿Estamos ante dopaje cerebral o es un verdadero trastorno? Iremos desglosando los puntos más conflictivos del TDAH para poder aclarar, si es que se puede, la dimensión del trastorno. Para ello vamos a empezar con un repaso valorando la evolución del trastorno a lo largo de los últimos años para poder entender mejor el conflicto frente al diagnóstico y el tratamiento farmacológico.

La denominación de lo que hoy en día conocemos como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad ha ido evolucionando según el síntoma al que se le ha dado mayor importancia en las investigaciones científicas. Sólo vamos a referirnos a los momentos más importantes y que nos darán una visión general de su evolución histórica.

HISTORIA DEL TDAH

En 1789 hallamos los primeros apuntes escritos, en el libro “Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental”, del médico escocés Alexander Crichton que explicó las características del estado inquieto y la incapacidad para prestar atención de manera prolongada en el tiempo, Crichton lo denominó “Mental Restlessness” (agitación o inquietud mental).

Medio siglo después, en 1845, el psiquiatra y escritor alemán Heinrich Hoffmann, escribió “Der Struwwelpeter” (Pedro el Melenas), un conjunto de diez libros infantiles basados en problemas psiquiátricos característicos en la infancia y adolescencia. Destacando el titulado “Felipe el Nervioso”, un chico alborotador que se mece en su silla durante el almuerzo, a pesar de las advertencias de los padres, Cada vez se mueve más sin pensar en las consecuencias de su comportamiento y ante la desesperación de madre y padre. Hasta que sucede el desastre: el niño cae al suelo y arrastra consigo el mantel, la vajilla y la comida y pese a ello, no comprende por qué motivo le vuelven a regañar sus padres.

La revista británica “The Lancet” en 1902, publicó un artículo del pediatra George Still, en el que hablaba del “Defecto de Control Moral” y falta de inhibición cuya atención se veía subordinada a estímulos que proporcionaba una satisfacción inmediata, describiendo a veinte niños con síntomas parecidos a los que hoy conocemos como TDAH: eran niños que bien podríamos tachar de maleducados, tocando todo, no parando quietos en ningún momento, irrespetuosos con los demás, con un carácter provocador y terco, en definitiva niños que parecían no tener control ninguno sobre su propia conducta. Sin embargo el pediatra británico afirmó que se trataba de una enfermedad neurológica que no se debía a una falta de educación, sino que era fruto de una herencia biológica o un daño en el momento del nacimiento.

Desde las investigaciones de Still a comienzos de siglo XX hasta los años 50, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad fue conocido como consecuencia de un daño cerebral, después de la supervivencia de unos niños a la epidemia de encefalitis letárgica o que sufrían alguna lesión en su cerebro en 1917 y 1918, presentando un cuadro clínico muy parecido al descrito por el pediatra británico “*problemas de memoria, atencionales, impulsividad y dificultad para regular el comportamiento*” síntomas que dieron lugar al por entonces conocido “Daño cerebral”. Sin embargo, los estudios señalaban que estos signos también eran propios en niños que no tenían una clara evidencia de haber sufrido un daño cerebral, afirmando que podía ser un daño cerebral tan leve que apenas era apreciable o más bien un desarreglo en el funcionamiento del cerebro, denominándose así el TDAH previamente como Daño Cerebral Mínimo y posteriormente Disfunción Cerebral Mínima (DCM).

Desde finales de los años 50 la hiperactividad pasó a la primera línea de estudio dejando detrás el déficit de atención y la impulsividad y denominándose el trastorno como síndrome Hiperkinético. Desde entonces hasta los años 70 algunos expertos del TDAH, como el profesor Barkley, consideran este periodo la edad de oro de la hiperactividad y surgen distintas hipótesis.

En 1960 algunos investigadores como Stella Chess diferencian los síntomas de la hiperactividad del concepto de lesión cerebral, defendiendo el “*síndrome del niño*”

hiperactivo". En 1968, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad aparece recogido en el DSM II,⁵ ⁶ como *reacción hiperkinética de la infancia*.

En la década de los años 70 gracias a las investigaciones llevadas a cabo por la psicóloga canadiense Virginia Douglas en 1972, los aspectos cognitivos, es decir la falta de atención o control de impulsos surgen con más fuerza frente a la hiperactividad, influyendo así al cambio en la denominación del TDAH recogido en el DSM II. El Manual diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales, en su tercera edición hace una diferencia en la denominación del trastorno, distinguiendo entre Trastorno de Déficit de Atención con o sin hiperactividad (TDA+H y TDA-H) indicando que la hiperactividad no siempre acompaña a dicho trastorno. Asimismo la sociedad poco a poco irá siendo cada vez más consciente de esta realidad, llegando a los medios de comunicación y empezando a crearse las primeras asociaciones. Sin embargo en 1987, al hacerse una revisión en el DSM III-R, se ignoró el TDA sin hiperactividad. Empiezan a aumentar los estudios e investigaciones de expertos, y comienzan a ver que la hiperactividad e impulsividad están vinculadas, formando un pobre control intencional-voluntario e igualándose en importancia a la atención.

La Organización Mundial de la Salud en 1992 desarrollo la décima versión de la clasificación internacional de enfermedades CIE-10, (determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedades) donde define como entidad clínica el TDAH, dentro del subgrupo de Trastornos Hiperkinéticos que viene en el grupo de trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo de la infancia y de la adolescencia, comprendiendo cuatro entidades diagnosticas: el trastorno de la actividad y de la atención, el trastorno hiperkinético disocial, otros trastornos hiperkinéticos y el trastorno hiperkinético sin especificaciones.

En el año 2000 el trastorno pasó a denominarse TDH clasificándose tres subtipos, dentro del DSM IV-TR:

- Predominantemente inatento
- Predominantemente hiperactivo-impulsivo
- Combinado

Barkley, catedrático de Neurología y Psiquiatría de la Universidad de Carolina del Sur y considerado para muchos como el padre del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad afirma que el termino TDAH se queda corto y va más allá de las características de inatención, hiperactividad e impulsividad. Afirmación que comparte su colega Thomas Brown, otro de los grandes investigadores del TDAH.

⁵ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, contiene una clasificación de los trastornos y proporciona descripciones de las categorías diagnosticas para los clínicos e investigadores, esta es la segunda edición, existiendo actualmente una quinta, publicada en mayo de 2013.

⁶ Existen dos sistemas de Clasificación Internacional de Criterios para diagnosticar trastornos mentales: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de Enfermedades, publicada por la Organización Mundial de la Salud, CIE-10.

Durante años se ha considerado el TDAH como un trastorno únicamente diagnosticado en la infancia. El DSM-5 reconoció esta patología también para adultos y adolescentes. A diferencia del DSM-IV-TR en donde subclasifican en tres “subtipos”, ahora han pasado a calificarse como presentaciones clínicas” señalando que estas presentaciones pueden variar a lo largo de la vida. El diagnóstico de los adultos, se examinan los comportamiento de la infancia media (12 años de edad) y todo el trascurso de la adolescencia para indicar el momento de aparición de los síntomas, excluyendo la niñez temprana (7 años de edad). Además se califican distintos grados de padecimiento del trastorno (leve, moderado y grave), basándose en el número de síntomas que tiene el paciente y la dificultad que les genera en su vida ordinaria.

Tabla. Evolución del TDAH en las distintas versiones de los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría. (Fuente: Servicio Navarro de Salud)

DSM-I	1952	No menciona el síndrome. 106 categorías diagnósticas. Prima enfoque psicoanalítico. En EEUU, 1 enfermo mental / 480 personas
DSM-II	1968	La nomenclatura oficial incluye la reacción hiperkinética de la infancia, similar al CIE-8. Persiste la noción de daño cerebral mínimo. Trastorno típico infantil que declina en la adolescencia.
DSM-III	1980	Énfasis en el déficit de atención que puede o no ir acompañado de hiperactividad, mientras el CIE-9 prioriza la hiperactividad. Por primera vez se establece un punto de corte para el diagnóstico, la necesidad de inicio de síntomas antes de los 7 años y la exclusión de otras patologías psiquiátricas. El psicoanálisis deja paso a aproximación biomédica categórica.
DSM-III-R	1987	Se renombra como TDAH, fundiéndose los dos subtipos (con o sin hiperactividad) en uno. Los síntomas se valoran a partir de escalas y ensayos de campo.
DSM-IV DSM-IV-TR	1994 2000	357 Categorías diagnósticas. El tipo único se divide ahora en tres subtipos (combinado, hiperactivo-impulsivo e inatento). El CIE-10 presenta un listado de síntomas similar pero mayor exigencia: - CIE requiere un mínimo de síntomas en las 3 dimensiones y disfunción en al menos 2 contextos. DSM sólo exige una dimensión y "algunas alteraciones en 2 contextos. - CIE considera los trastornos del ánimo, ansiedad y desarrollo como diagnóstico de exclusión. DSM permite el diagnóstico clasificándolos como comorbilidades.
DSM-V	2013	En EEUU, 1 enfermo / 50 personas. Se introducen cambios que facilitan la expansión de la prevalencia del trastorno: -Relajando la necesidad de disfunción clínicamente significativa asociada a los síntomas -Reduciendo en mayores de 16 años de 6 a 5 el número mínimo de síntomas necesarios por dimensión. - Elevando de 7 a 12 años la edad permitida para constatar inicio de síntomas. - Elevando de 7 a 12 años la edad permitida para constatar inicio de síntomas. - Considerando al autismo como comorbilidad en vez de diagnóstico de exclusión. - Rebajando la entidad de los subtipos. El TDAH se entiende un trastorno del neurodesarrollo.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

CONCEPTO DEL TDAH

La Guía de Práctica Clínica⁷ sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, elaborada en el 2010 por el Servicio Nacional de Salud para ayudar a los profesionales sanitarios y de la educación quiere ser una herramienta útil a la población, dando respuesta a numerosas cuestiones básicas sobre el trastorno, principalmente a las relacionadas con el diagnóstico y los diferentes tipos de tratamiento del TDAH en niños y adolescentes, saber detectarlo, poder evaluarlo correctamente y proponer un tratamiento terapéutico adecuado son los puntos recogidos por la guía, fruto del trabajo de profesionales expertos en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y concedores de la metodología de las guías de práctica clínica.

Para definir que es realmente el TDAH vamos a fijarnos en lo que este manual, orientativo para muchos de nuestros profesionales, señala. *“El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil y que afecta entre un 3-7% de los niños en edad escolar. Se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuados a la edad de desarrollo. Muchos niños y adolescentes con TDAH tienen dificultades para regular su comportamiento y ajustarse a las normas esperadas para su edad y, como consecuencia, presentan dificultades de adaptación en su entorno familiar, escolar y en las relaciones con sus iguales. A menudo rinden por debajo de sus capacidades y pueden presentar trastornos emocionales y del comportamiento”*.

*“El TDAH suele hacerse evidente antes de los ocho años de edad. Se caracteriza por síntomas intensos y persistentes de distracción y exceso de energía física que se manifiestan en impulsividad y, a menudo, en hiperactividad, aunque no afecta a la inteligencia, los síntomas interfieren seriamente con el aprendizaje y constituyen una grave amenaza a la autoestima de los afectados y a su convivencia en el entorno familiar, escolar y social. Durante la adolescencia tienen más altas probabilidades de sufrir depresión, adicciones... Desafortunadamente, en demasiados casos ni las víctimas, ni sus familiares, ni sus educadores, ni los profesionales de la salud, reconocen el problema...”*⁸.

Es un trastorno de inicio en la infancia que incluye un patrón duradero de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Se entiende que el trastorno está presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual según la edad y el desarrollo de la persona, y tales manifestaciones interfieren de forma significativa en el rendimiento escolar o laboral, y en sus actividades cotidianas. Puede manifestarse de numerosas maneras: sobreexcitación, impulsividad y distracción. También incluye a los niños que sueñan despiertos. La psiquiatra alemana Manfred Döpfner, de la Clínica Universitaria de Psiquiatría Infantojuvenil de Colonia señala que es probable que el TDAH tenga un componente genético destacado. *“En muchas familias es posible seguir el rastro de los trastornos a través de varias generaciones”* Las comparativas de gemelos, así como los estudios de adopciones constatan que este trastorno se encuentra condicionado genéticamente entre un 70 y un 80 por ciento de los casos. No obstante, la herencia no es la única responsable, existen otros factores que aumentan el riesgo de TDAH, el alcohol y el tabaco durante el embarazo, el nacimiento prematuro o el bajo peso del neonato, una alimentación rica en azúcares y el estrés psicológico también fomentan el comportamiento inatento e hiperactivo, pese

⁷ Esta guía financiada por el Ministerio de Sanidad en el año 2010 presenta algunas limitaciones, relacionados con la composición del grupo elaborador, o problemas de conflicto de intereses, ya que participan en la elaboración personas vinculadas a compañías farmacéuticas relacionadas con el TDAH. De todas las recomendaciones que da, sólo 2 relacionadas con el tratamiento tiene un nivel de evidencia A según la escala SIGN

⁸ Apoyo de Luis Rojas Marcos a la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al TDAH en su solicitud a la OMS para la declaración oficial del Día mundial de la Sensibilización sobre el TDAH.

a ellos la herencia genética es una condición previa para que estos componentes influyan en la enfermedad. El investigador Klaus-Peter Lesch de la Universidad de Wurzburg, quien estudia los fundamentos moleculares de las enfermedades mentales sostiene *“que existen más de un centenar de genes que influyen sobre la probabilidad del trastorno y por ahora tenemos conocimiento de una docena de genes que parecen contribuir a desarrollar TDAH”*.

Actualmente se considera la existencia de tres tipos de TDAH, según la predominancia de unas características impulsivas e hiperactivas o de inatención:

- Predominantemente hiperactivo-impulsivo
- Predominantemente inatento
- Combinación hiperactivo-impulsivo e inatento

En los últimos años tanto en España como en otros países desarrollados, el TDAH se ha convertido en uno de los trastornos mentales más populares, afectando a miles de niños, jóvenes y adultos y de manera indirecta a padres, educadores y el resto de su entorno social. En EEUU donde el auge del trastorno fue unos años antes, el diagnóstico se ha vuelto habitual y las cifras escandalizan, con un 11 por ciento de los niños entre 4 y 17 años (6,4 millones). En la última edición del Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) señala, como ya hemos indicado antes, que el 5% de los niños sufren TDAH, afirmación a la que se unen numerosas asociaciones y federaciones españolas de ayuda al TDAH. Autores de reconocido prestigio mundial en el ámbito del TDAH, como el psiquiatra Barkley van más allá y apuntan que es un 10% de la población infanto-juvenil. Por el contrario es necesario indicar que expertos europeos afirman que el porcentaje es menor, por ejemplo el estudio realizado por el Instituto Robert Koch (Estudio de salud infantojuvenil KIGGS) calculó en 2006 una cuota del 3,9% en Alemania y se estimaba que en EEUU uno de cada diez menores de 17 años presentaba un déficit de atención. ¿Cómo es posible tal diferencia? El amplio margen se debe a que los límites diagnósticos de los “trastornos hiperactivos”, como el TDAH, son más estrictos según el inventario de patologías CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud que el DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría que conduce a un aumento considerado de los diagnósticos.

Al igual que surgen diferencias en este tipo de datos, son numerosas y distintas las opiniones que se generan frente al TDAH, tanto médicos como psicólogos se encuentran divididos, unos haciendo una defensa acérrima del trastorno y otros poniendo en duda incluso su existencia. Es muy conocida la polémica que se generó por culpa de una mala traducción, en donde una conocida revista alemana “Der Spiegel”, meses después del fallecimiento del prestigioso psiquiatra estadounidense Leon Eisenberg, especialista en psiquiatría infantil y un gran conocedor del TDAH, publicaba una entrevista realizada al doctor donde afirmaba la “inexistencia” de dicho trastorno, cuando lo que él dice en inglés y que posteriormente se traduce mal al alemán, es que existe una sobrediagnósticación. La polémica en torno al TDAH tiene dividida a la comunidad científica, aunque sean menos los incrédulos.

Los escépticos al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad señalan que hay una falta de evidencia científica en torno a “su diagnóstico” y no hay ninguna unificación de criterios entorno a él, que se quiere presentar algo que puede ser muy normal (niños que les cuesta hacer la tarea, que no prestan atención en clase, que no se mantiene quietos en una silla, etc.) como anormal. Uno de los puntos más conflictivos es el tratamiento farmacológico en el que se ponen en duda su eficacia, seguridad y efectos secundarios que hasta la fecha no son muy claros y genera mucha polémica.

Ante este panorama, ¿no es necesario que buscando un único interés común, el bien del niño, todos los profesionales tanto de la medicina, como de la psicopedagogía, farmacia, etc, trabajen en la regulación de un único modelo de diagnóstico? Es necesario unificar los procesos de diagnóstico para garantizar la igualdad de todos los niños y adolescentes que padecen este trastorno y que se pueden ver privados de tratamiento por el hecho de que el especialista al que ha acudido no considera que presentando los síntomas propios del trastorno sea un TDAH, pues este no cree mucho en esta anomalía de la mente o la postura contraria que quien no lo padezca sea diagnosticado porque el médico ve anormalidad, donde no la hay y se llegue incluso a medicar sin necesidad. En Estados Unidos el 69 por ciento de los niños que presentan activo el TDAH reciben tratamiento farmacológico cuando sólo un 15 por ciento de ellos son TDAH grave. Dar un diagnóstico u otro dependerá de muchos factores, el centro educativo, los informes de los educadores, los padres y finalmente la valoración médica que será la que mueva la balanza hacia TDAH si o TDAH no. Sin unas mismas pautas para valorar los síntomas y establecer el diagnóstico, podemos no solo perjudicar a la salud del niño, sino menoscabar un derecho fundamental, generando desigualdades ante situaciones iguales por el mero hecho de acudir a un centro educativo o especialista médico distinto. Si el centro escolar es más proTDAH, darán rápidamente la voz de alarma a los padres y seguramente acudan al especialista que lo mismo según considere si es un trastorno real, o una mera pantomima, trataran de una manera u otro al niño. Cuando un enfermo acude al especialista, ante unos mismos síntomas, todos los facultativos evaluaran idéntica patología e idéntico tratamiento. Cosa que, como vemos, no siempre ocurre con el TDAH. En psiquiatría es más difuso el medir los síntomas y ver objetivamente el trastorno, ¿cuánto más en los casos de TDAH, donde el paciente suele ser un menor con capacidad limitada de raciocinio? Sin embargo todos los psiquiatras coincidirán en el diagnóstico de anorexia o autismo. ¿Por qué en el TDAH no?

LA PROBLEMÁTICA DEL TDAH

EL DIAGNÓSTICO

Para examinar a un niño del que se sospecha un posible TDAH es muy probable que escuchemos que tanto la evaluación como el diagnóstico deberán ser el resultado de una acción interdisciplinaria. Esto quiere decir que serán distintas personas con diferentes especialidades las que evaluarán y diagnosticarán al niño. Psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras, neurólogos, pediatras y médicos de familia. La opinión del facultativo es en definitiva la que será vinculante para afirmar o negar la existencia de TDAH en el niño o adolescente.⁹

A la hora de analizar la problemática del diagnóstico es imprescindible hablar de los problemas que generan las enfermedades o trastornos mentales cuando deben ser examinados. El diagnóstico en Psiquiatría, es el cimiento y punto de partida del acto médico, y por tanto indica la intervención facultativa, delimita el grupo de sujetos susceptible de actuación y señala los métodos de tratamiento.

⁹ Para el trabajo nos hemos querido fijar en el diagnóstico dado por el psiquiatra infantil, que será normalmente quien atienda la patología.

En esta especialidad principalmente a la hora de establecer el diagnóstico, la voluntad del especialista juega un papel primordial frente a otras ramas de la medicina, surgiendo de manera especialísima el peligro del “mal uso” o de “abuso” del diagnóstico, es decir un mal empleo consciente de categorías diagnósticas, con el consecuente peligro de padecer los efectos lesivos del diagnóstico como pueden ser: tratamiento farmacológico con efectos secundarios, la posibilidad de quedar “etiquetado” y sentirse distinto a los demás niños, el problema y la preocupación que genera en el seno de la familia, etc.

A la hora de establecer un diagnóstico puede ocurrir que este sea erróneo, pudiéndose originar de dos maneras:

- **De forma intencionada:** El especialista determina TDAH a quien realmente no lo es, con fines no médicos, por ejemplo, dejándose influir por la presión de unos padres que ya no saben qué hacer con su hijo, la influencia del centro educativo bien a través de sus propios informes (psicopedagogo, psicólogo) o de los padres aconsejados por los docentes, no podemos pasar por alto, que son estos últimos los que están a diario viendo la conducta del menor, por lo que resultar fácil tener en alta consideración la opinión de ambos.
- **De forma no intencionada:** Estos son más tenues y engañoso y resultan más difíciles de identificar y suprimir. Pueden ser fruto de no tener la debida información adecuada del paciente o por falta de mayor conocimiento del especialista en el trastorno del TDAH. En los diagnósticos erróneos no intencionados, se pueden reconocer dos puntos base:

LIMITES INNATOS A LOS PROCESOS DIAGNÓSTICOS

El fundamento básico de un diagnóstico erróneo reside en que es muy sencillo confundirse en la valoración. En el proceso se puede demostrar que hay una limitada o dudosa fiabilidad, puesto que está sujeto a numerosos cambios, inconstancias y al uso de criterios subjetivos, como pueden ser la comprensión del paciente, que se complica respecto a la regla general, ya que los niños tienen una madurez limitada, su comportamiento “peculiar”, a veces muy difícil de diferenciar respecto a la normalidad y la propia intuición del psiquiatra que influye en el diagnóstico final.

El profesor emérito Thomas J. Scheff de la Universidad de California, cuyo campo de investigación fueron las enfermedades mentales. Afirmaba que *“los médicos en general consideran que aceptar una hipótesis falsa es menos peligroso que rechazar una hipótesis cierta”* con ello los sanitarios pueden caer en lo que conocemos como sobrediagnóstico tan común especialmente en el campo que nos ocupa y que genera tanta controversia entre los defensores y detractores del TDAH. Es verdad que cuentan con la ayuda de los sistemas y manuales de clasificación diagnóstica que emplean criterios objetivos. Sin embargo otro problema que surge es la amplia variedad de síntomas que abarca el DSM-5, frente al CIE-10 y que provocará aumento o disminución de diagnósticos TDAH en función de si el psiquiatra sigue las pautas dadas por la Asociación de Psiquiatría Americana o por las valoraciones de la Organización Mundial de la Salud.

El diagnóstico en el TDAH, como en la mayoría de los trastornos mentales suele ser un proceso vulnerable al error y el médico debe ser consciente de sus limitaciones, estando dispuesto a reconocer su carácter incierto.

LÍMITES SOCIALES A LOS PROCESOS DIAGNÓSTICOS

Es importante ser conscientes que cualquier diagnóstico, tiene lugar en un contexto social. El especialista observa un comportamiento, y aparte del uso de sus conocimientos médicos, lo juzga en relación a unas pautas o normas sociales. Es decir su valoración, es fruto no sólo de su criterio profesional, sino también de su propia intuición, la cual estará condicionada según el propio parecer del facultativo respecto no sólo del conocimiento que tenga del trastorno, sino de la consciencia que tiene del entorno cultural, familiar, escolar del niño, etc. Además como ya hemos señalado, desde los años 50 se implantan dos sistemas de clasificación de las enfermedades mentales, que en el TDAH, según qué criterio de clasificación siga el médico será más fácil diagnosticar si se padece o no. La escala que establece la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM) es claramente dominante sobre el CIE (OMS) no solo en la literatura científica, sino en el uso por los profesionales, incorporando un abanico más amplio de síntomas a valorar. En la práctica, no pueden ser una fuente exclusiva de valoración diagnóstica, es necesario integrarlo con las demás valoraciones, entrevista clínica, evaluación psicosocial, etc, puesto que a menudo la valoración descansa en la interpretación de los padres o docentes y en lo que estos entienden como comportamiento "anormal", produciéndose con frecuencia discrepancias entre ellos.

Para una mayor visualización del tipo de síntomas, que pueden verse como normales, vamos a exponer los criterios diagnósticos del TDAH especificados en el DSM-5, de uso común en esta área:

A: *Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con la función o el desarrollo, caracterizado por (1) y/o (2).*

(1) Inatención : 6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, con persistencia durante al menos 6 meses hasta un grado inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta negativamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales.

- a) A menudo no presenta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.*
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.*
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.*
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo.*
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.*
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.*
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.*
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.*
- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.*

(2) Hiperactividad e impulsividad: 6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, con persistencia durante al menos 6 meses hasta un grado inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta negativamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales.

- a) A menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento.*

- b) *A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.*
- c) *A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.*
- d) *A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.*
- e) *A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.*
- f) *A menudo habla en exceso.*
- g) *A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.*
- h) *A menudo tiene dificultades para guardar turno.*
- i) *A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de los otros.*

B: *algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años de edad.*

C: *Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en casa, escuela o trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades).*

D: *Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren o reducen la calidad de la actividad social, académica o laboral.*

E: *Los síntomas no parecen exclusivamente motivados por esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, abuso de sustancias o síndrome de abstinencia).*

A todo esto, se tendrá que especificar si el trastorno es predominantemente de desatención, de hiperactividad/impulsividad o combinada, si se encuentra en remisión parcial y si el grado de afectación actual es leve, moderada o severa. En todo caso permanece confusa la distinción entre dichos grados de disfunción.

En su libro “Volviendo a la normalidad, la invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil” García Vinuesa, González Pardo y Pérez Álvarez, explican el denominado “proceso de anormalización” que según ellos, especialistas del TDAH como Barkley, pretenden proyectar en la sociedad, cuestionándose... “*Resulta del todo crucial observar cómo aspectos del todo normales de niños que pueden estar perfectamente sanos son instrumentalizados por Barkley (y por la divulgación en general) para describir una supuesta enfermedad, una “incapacidad neurológica crónica” (Barkley, 2008 p.81). ¿Cuántos padres, o profesores, verán gracias a esas descripciones de la “anormalidad indicios de patología en los niños con los que conviven?*

¿Acaso un niños jugando con la Game Boy u otro videojuego y eludiendo los deberes hasta que vuelva su madre a los veinte minutos es un niño comportándose de forma anormal? Y el niño que habla en clase sin levantar la mano, o que le quita a su hermano o compañero algo sin pedirlo, ¿manifiesta un comportamiento verdaderamente extraño o poco frecuente? ¿Es también raro el niño que ante una cola, o ante algo aburrido, no empiece a zarandear al adulto e incluso a decir cosas del tipo “me aburro? Y el niño que sabe que dentro de poco va a ir al circo con sus padres o al centro comercial (dónde se imagina le comprarán algo), o es víspera de Reyes, o simplemente va a salir a dar un paseo, ¿resulta extraño que este niños “de la lata”, inquieto e impaciente ante lo que está por llegar? ¿Cuántas veces solemos escuchar a los padres decir estas dos

palabras “estate quieto” ante las incansables tendencias de los niños a jugar con todo cuanto les rodea, ya sea un balón, unas tijeras, un tapón o la comida del plato?”

El diagnóstico de TDAH podría ser una respuesta para dar solución a problemas no sanitarios, como respuesta a unos padres desesperados que no saben qué hacer con su hijo o al centro educativo, que se ve sobrepasado por el descontrol que genera el “niño movido” en el resto de los compañeros. El TDAH ha pasado en pocos años de ser un trastorno prácticamente desconocido para la población a estar a la orden del día en todos los centros educativos, prueba de ello es su reconocimiento el pasado 28 de Noviembre de 2013, en la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) como necesidad específica de apoyo educativo. Concretamente en el artículo 14 señala:

Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo: *“Será de aplicación lo indicado en el capítulo II del título I de la Ley 2/2006, de 3 de mayo, en los artículos 71 a 79 bis, al alumnado que requiera una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, para que pueda alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado”.*

Algunos autores como el catedrático Mario Pérez de la Universidad de Oviedo, en una entrevista concedida para el periódico ABC, en octubre del 2014, señala respecto a la incursión del TDAH en la controvertida ley educativa *“Las instancias políticas, puede que estén dando carta de naturaleza a algo cuya naturaleza, valga la redundancia, esta por determinar y que, de hecho, es controvertida. Se está reclamando que se hagan las dotaciones adecuadas que contempla la ley como son ayudas, subvenciones, e incluso rebajas para la adquisición de los libros de texto, ventajas para acceder a becas, quien sabe si hasta para acceder a la Universidad. Mientras, los lobbies de la industria farmacéutica se estarán frotando las manos, viendo como los políticos «trabajan» a su favor. Los políticos creerán que han hecho lo políticamente correcto pero, de acuerdo a las investigaciones científicas actuales sería incorrecto”.*

Como vemos cuando un diagnóstico se produce en contextos no sanitarios, donde entran en juego otros valores (la educación, por ejemplo) o su motivación no es terapéutica ni evaluativa sino que responde a intereses individuales del paciente, del profesional, de familiares o incluso a veces de la propia sociedad, en definitiva cuando no se actúa con la ética profesional debida de acuerdo a *lex artis ad hoc* y se somete el diagnóstico a los intereses creados, se comete un gravísimo perjuicio en los propios “pacientes” y en terceros, pudiendo por ejemplo menoscabar la imagen del niño o adolescente viéndose estigmatizados por su entorno u ocasionando una carga impositiva de gastos al conjunto de la sociedad que es infundada en multitud de casos.

Ante este desbarajuste se nos ocurren algunas propuestas para garantizar un diagnóstico acorde a la realidad.

- El TDAH es tratado principalmente por los pediatras, neurólogos y psiquiatras, los cuales deberían tener una formación adecuada para la elaboración de un

diagnóstico y para el diagnóstico diferencial¹⁰; sabiendo que este es a veces el único medio que orienta para el tratamiento.

- Utilizar los criterios clínicos razonables, utilizando todos los instrumentos posibles para evaluar adecuadamente. Es necesaria la unidad en la elección de la escala de valoración diagnóstica, DSM o CIE. Es 5 veces más probable que se diagnostique el TDAH usando los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría que los recogidos por la Organización Mundial de la Salud.
- Evitar diagnósticos dudosos o personales, es preferible aplazar el diagnóstico que darlo sin la suficiente seguridad o conocimiento.
- Al ser un trastorno mental y verse afectados principalmente menores de edad, es imprescindible el cuidado en la confidencialidad y no dejar que el diagnóstico pueda usarse fuera del ámbito evolutivo o terapéutico. Esto puede pasar también con frecuencia dentro del centro escolar, que no se guarde el debido secreto.

El psiquiatra Ramos-Quiroga jefe clínico responsable de la unidad TDAH del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona en una entrevista radiofónica concedida el 21 de septiembre de 2011 en el programa de Julia en la Onda, de Onda Cero, declara que *“el diagnóstico de TDAH es equivalente al diagnóstico que hacemos en el resto de los trastornos psiquiátricos. (...) Lo mismo que haríamos para diagnosticar una depresión”* Cuando una persona acude al psiquiatra, neurólogo o psicólogo por no encontrarse con suficiente ánimo y es finalmente diagnosticada con una depresión, el sujeto previamente es escuchado, evaluado, diagnosticado y finalmente medicado. Haciendo uso de su libertad y capacidad de raciocinio, el paciente decidirá si sigue o no el tratamiento propuesto. El TDAH en los niños es distinto, no podemos igualarlo a un adulto que padece depresión, los niños como regla general, no tienen ningún problema que les angustie, como puede tener un adulto con depresión. Ellos no suelen buscar la ayuda, sino que son sus padres o profesores los que ven el problema y dan la voz de alarma cuando el niño tiene mal comportamiento, faltas de atención en clase, resultados penosos en el colegio, etc. El niño aunque no haya pedido ayuda será diagnosticado y probablemente medicado. Es un deber del facultativo velar por el bienestar de sus pacientes, acorde a la *lex artis* y no dejarse influenciar por las presiones externas, enmascaras en desesperación paterna o escolar. Siendo un público tan delicado, con tanta protección, incluso a veces sobreprotección, hay que garantizar una atención adecuada médica, como así se recoge en la Declaración de los Derechos del Niño, adoptada y ratificada por la Asamblea de las Naciones Unidas en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989 y la Carta Europea de Derechos del Niño de 1992, aprobada por todos los estados miembros, incluido España exigiendo una ética profesional absoluta, puesto que es su opinión la que vincula y tienen la potestad de

¹⁰El diagnóstico diferencial: Establece las diferencias que existen entre unos síntomas que corresponden al TDAH y los síntomas que atañen a otro trastorno u enfermedad (hay que olvidarlo de un niño que no tiene ningún problema). En ocasiones hay niños que por diferentes factores de personalidad, socio-familiares presentan un movimiento que para ese entorno o esa familia es demasiado y sin embargo no se considera un trastorno sino pasa determinados límites clínicos. Entre los trastornos más frecuentes están las dificultades o problemas neurológicos, por ejemplo determinados tipos de epilepsia, enfermedades del sistema nervioso central, como pueden ser problemas en la migración neuronal, algunos déficits motivados por alteraciones neonatales, o en la prematuridad puede dar tan bien dificultades de atención, existen otros que dependen de la neuroevolución como, las dificultades de aprendizaje. Es muy importante hacer el diagnóstico diferencial porque los niños con dificultades de aprendizaje pueden, al no rendir lo suficiente, llegar a aburrirse y tienen de manera secundaria una aparente falta de atención que genera otros problemas de comportamiento que conlleva dificultades de impulsividad, hiperactividad, como el trastorno negativista desafiante o el trastorno disocial.

medicar. El diagnóstico de TDAH deberá ser acorde a la realidad, que haya una unidad en los criterios diagnósticos, evitar cualquier ápice de conflicto de interés, usar todos los medios de los que hoy en día se disponen (estudios de neuroimagen, test, análisis del entorno, etc...), teniendo el profesional el deber de estar actualizado sobre los conocimientos científicos que afecten a su praxis.

Creemos que son muchos los niños llevados a evaluar y diagnosticados de TDAH, cuando su problema real puede ser otro bien distinto. Recibirán en un alto porcentaje un tratamiento farmacológico innecesario si es que no perjudicial para su salud psicofísica. Tenemos que ser conscientes que el *doping* intelectual, es cada vez mejor recibido y resulta más cómodo para todos, dar una pastilla a un niño que “luchar” cada día porque adquiera unos buenos hábitos de comportamiento. Garantizando un correcto diagnóstico, buscando la unidad de criterios evitaremos no solo problemas médicos, sino conflictos éticos y sociales y estamos seguros que se reduciría el número de niños que actualmente son víctimas de este trastorno.

EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Viendo el número tan elevado de niños y adolescentes sobrediagnosticados y su crecimiento imparable, queremos centrar la atención principalmente en los menores que padecen en menor proporción o incluso en ninguna el trastorno y podríamos considerar que son víctimas de un dopaje cerebral.

En Estados Unidos el 11 por ciento de los niños entre 4 y 17 años reciben tratamiento farmacológico siendo, como ya apuntábamos antes, solo un 15% los catalogados con TDAH grave (si precisan siempre medicación), llega hasta un 69% los niños que presentando activo el trastorno reciben medicación psicoestimulante¹¹ decisión muchas veces motivada con un diagnóstico que no cumple los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia.

Numerosos adolescentes y adultos sin TDAH ingieren sin receta médica estos fármacos con el fin de potenciar su rendimiento escolar o universitario. Conforme aumenta el uso de los fármacos, crece su prestigio social, los estimulantes han adquirido una posición de “potenciadores” de la inteligencia. Gracias a esta influencia en la sociedad actual, donde parece que no importa el uso de fármacos para lo que llamaban “medicamentos para el estilo de vida” podemos caer en el error de no actuar con la debida ética profesional y admitir la toma de sustancias para mejorar la atención de los niños como algo corriente. La línea es muy fina y cuesta mucho ver dónde y cómo poner los límites pero es necesario adentrarse en ello, son muchos los jóvenes que se ven afectados por esta patología sin necesidad, ocasionando en sus vidas quizás un trastorno mayor del que no tienen.

A los aquejados por el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, los compuestos de metilfenidato o anfetamina les ayuda a tranquilizarse de forma inmediata, así como potencia su capacidad de atención, pero pese a estos casos, cada vez son mayores los estudios que afirman que los beneficios terminan ahí, sin beneficio alguno a largo plazo. Los adultos que fueron medicados en la niñez no muestran en la edad madura una reducción en la conducta antisocial. James Swanson, de la Universidad de California en

¹¹ CDC Online Newsroom – ADHD Estimate Rise. Nov 2013.

Irvine, tras varias décadas de investigación, señala *“No conozco ninguna prueba que demuestre que la medicación sea beneficiosa a largo plazo”*, los medicamentos no tiene la efectividad que las empresas farmacéuticas han querido hacer creer a los padres.

Desde que Charles Bradley en 1937, afirmara que los “niños problemáticos” se calmaban y mejoraban los estudios y comportamiento ingiriendo un estimulante con sulfato de bencedrina, son abundantes los estudios que afirman que estos fármacos disminuyen los síntomas del TDAH. *“Los estimulantes incrementan los niveles de dopamina, neurotransmisor que actúa sobre regiones cerebrales involucradas en la atención, el autocontrol y la percepción de una actividad gratificante”*. El efecto es al instante y efectivo en el 80 por ciento de los pacientes de TDAH, teniendo una tasa muy alta de eficacia entre los psicofármacos.

No obstante, algunos estudios realizados con una duración superior a un año sobre los efectos de la medicación en el TDAH, concluyen que los efectos disminuyen o desaparecen a largo plazo. Para verlo más claro, vamos a exponer un estudio financiado por el Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos a finales del siglo pasado. Es el intento hasta la fecha más serio de esclarecer los efectos a largo plazo de los psicoestimulantes, concretamente el metilfenidato.

Los responsables del *Estudio de Tratamiento Multimodal de niños con TDAH (MTA)*, por sus siglas en inglés) *“asignaron de forma aleatoria a 579 niños con edades comprendidas entre los siete y los diez años y con TDAH uno de cuatro tratamientos posibles: farmacoterapia, terapia conductual, una combinación de ambas o cualquier intervención que estuviera recibiendo en esos momentos.*

Catorce meses después, los sujetos a los que se había tratado solo con medicación o con una intervención combinada (fármacos y terapia conductual) mostraron una mejoría mayor de los síntomas principales del trastorno en comparación con los demás participantes. En cuanto a los logros académicos, tan solo los niños que recibieron un tratamiento combinado superaron al grupo que recibía un cuidado constante.

Tres años después, ninguno de los cuatro grupos destacaba sobre el otro en ningún aspecto. Dicho de otro modo, la intervención terapéutica respectiva no consiguió beneficios duraderos en las calificaciones, ni en el resultado de los exámenes ni en la adaptación social. Trascurridos ocho años, los resultados permanecían igual. No había nada en lo que nos pudiéramos basar para concluir que se producía un efecto a largo plazo.” Señala Swanson, uno de los autores principales del MTA.

En los años posteriores los estudios realizados han seguido la misma línea, determinando que apenas existen pruebas que mejoren los síntomas del TDAH o los resultados académicos más allá de un año.

Hace tan solo dos años, en 2013 un grupo de economistas analizaron las consecuencias de un cambio de política en Quebec (Canadá) por el cual *“miles de niños recibían tratamiento con metilfenidato. Los sujetos que habían empezado a tomar el fármaco manifestaban un peor rendimiento en el colegio y presentaban más posibilidades de abandonar el centro que los probandos con un nivel de síntomas similar pero que no recibían medicación alguna. Las niñas que consumían el medicamento mostraban más problemas emocionales; en ambos sexos, las relaciones con sus padres habían empeorado”*

Unido a la falta de estudios que demuestren la efectividad de los medicamentos a largo plazo, nos surgen distintos motivos que podrían ayudar a la evidente crecida de

diagnósticos de TDAH. La influencia de las estrategias de marketing en la industria farmacéutica, aumentando el número de casos [con la salida al mercado de la formulación de liberación inmediata (Rubifen) y prolongada (Concerta) de metilfenidato] o la creación por parte de algunas compañías de sus propias páginas web “educativas” sobre el TDAH para ayudar al profesorado a advertir el trastorno (el profesor tiene un papel esencial en el diagnóstico, ya que son los primeros observadores del comportamiento del menor).

Los diagnósticos “flexibles” en adolescentes con síntomas leves de TDAH, o que no llegan a cumplir los criterios de diagnóstico, así como la influencia en mejorar las capacidades cognitivas para mejorar la atención, el esfuerzo o la concentración y en consecuencia obtener una mejoría en los resultados escolares, también los factores ambientales juegan un papel influyente en el aumento del consumo de fármacos, los niños procedentes de familias socialmente desfavorecidas presentan un mayor riesgo de recibir tratamiento farmacológico.

No hay que olvidar que todos los medicamentos pueden provocar reacciones adversas, los psicoestimulantes como el metilfenidato¹² puede desencadenar problemas cardiovasculares, efectos sobre el crecimiento o el sistema nervioso como el insomnio, tics, trastornos afectivos, etc. ¿qué necesidad hay que un menor sin TDAH se vea desde pequeño soportando la carga y posibles consecuencias de la medicación?

Animamos a los profesionales sanitarios encargados de diagnosticar a los pacientes de TDAH, que fomenten el tratamiento no farmacológico, reservando los medicamentos a los casos estrictamente necesarios o evidente gravedad.

CUESTIONES ÉTICAS Y JURÍDICAS REFERENTES AL TDAH

PRINCIPIOS ÉTICOS UNIVERSALES

En numerosas ocasiones las leyes y normativa vigente son insuficientes para dar respuesta a las conflictivas situaciones que se producen en la práctica médica. Para actuar correctamente en beneficio de todos, es necesario que el derecho actúe siempre al servicio de la ética. Las leyes deben preservar y hacer prevalecer los principios generales que nos reconocen a todos iguales en derechos y dignidad.

Actualmente vivimos en una sociedad en constante cambio, los cuales tiene una profunda influencia en todos los ámbitos y por supuesto en los menores y sus familias,

¹² AEMPS: Nota Informativa - Metilfenidato: Actualización de las condiciones de uso. Ref: 2009/01, 22 de enero de 2009.

convivimos personas muy diferentes, con culturas, religiones y valores morales distintos, que hacen que sea muy difícil tener una ética común pero gracias a los principios éticos universales el profesional puede fundamentar su deliberación, garantizando así su correcta actuación. Principios que deben acompañar toda práctica clínica:

- Principio de autonomía: Los sistemas sociales a lo largo de los siglos han admitido rápidamente que nadie puede ser totalmente libre a costa de los derechos de otras personas. El abuso de las libertades puede conllevar consecuencias desastrosas. La idea de una libertad absoluta por obstáculos éticos y jurídicos es un peligro para el orden social. La voluntad del hombre necesita ciertos límites por el bien común, aunque esto pueda parecer contradictorio a priori.

En el Derecho Sanitario este principio es primordial, El Tribunal Supremo definió la autonomía de la voluntad como *la “manifestación del derecho a la vida, a la integridad física y a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y, en consecuencia, a la autodisposición sobre el propio cuerpo”* (Sentencia del Tribunal Supremo, sala de lo Civil, de 12 de enero 2001).

Desde mediados del siglo pasado, la autonomía de la persona en el derecho sanitario fue objeto de reconocimiento en numerosos textos internacionales desprovisto de validez jurídica vinculante, dichos textos fueron la Declaración Universal de los Derechos Humanos (10 de diciembre de 1948), el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales (4 de noviembre 1950) o el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (19 de diciembre 1966).

En el ordenamiento jurídico español, el principio de autonomía de la voluntad en el derecho sanitario tiene un primer reconocimiento en la Constitución Española de 1979, en concreto en sus artículos 14, 15 y 18, alcanzando un desarrollo en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (art. 10, 11 y 61). Más tarde, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y deberes en materia de información y documentación clínica (en adelante, Ley 41/2002) consagra la mayor parte de su articulado a este principio, regulando un auténtico derecho de libertad decisoria del paciente, considerando las variadas expresiones en torno a la autodeterminación informativa y toma de decisiones de los pacientes, incluida la de los menores.

- Principio de Beneficencia: Desde la época hipocrática, la cual mantuvo su vigencia más de 25 siglos, el principio de beneficencia ha estado presente bajo el fundamento “obrar solo en beneficio del paciente”, actualmente no siempre puede ser entendido de esta manera y da lugar a no pocos conflictos éticos.

Los impresionantes avances que ha tenido la medicina a lo largo de estos años, tanto a nivel tecnológico como en el propio ejercicio profesional, con múltiples personas interviniendo en la relación médico-paciente, hace que este principio ni siquiera se considere en numerosas ocasiones en un ideal moral o patrón a seguir por los profesionales sanitarios y ha pasado a ser más bien una búsqueda de no causar daño al paciente, es decir de no maleficencia que

obliga a no hacer daño, a tratar con respeto y con el mismo cuidado a todos los seres humanos. Velando para que el profesional sanitario sea prudente y correcto en su diagnóstico de TDAH, con el fin de evitar no solo la estigmatización del menor en su ámbito familiar, escolar y social, sino de eludir la medicación y sus posibles consecuencias en el caso que no padezca realmente el trastorno.

Beauchamp y Childress¹³ definieron este principio *“como la obligación positiva que tiene todos los seres humanos de obrar en beneficio de los demás.”* Hay que diferenciar entre no hacer daño (no maleficencia) y la obligación de ayudar a los demás, buscando su bien, preservando sus intereses y velando por su bienestar. Actualmente hay una gran diferencia entre el concepto clásico de beneficencia que hemos visto con la visión que se tiene hoy en día, ahora implica la autonomía individual y únicamente de esta manera podrá verse como beneficencia. Beauchamp y Childress plantean dos principios de beneficencia:

- Beneficencia positiva: obliga a aportar beneficios a los demás.
- Principio de utilidad: exige que los beneficios y los inconvenientes estén equilibrados.

Estos conceptos no se refieren a utilidad económica, en medicina hace referencia a términos de salud. Obligando a obrar en beneficio de los demás, la beneficencia positiva exige obrar en provecho de los demás. Pero estos beneficios no deben darse de forma aislada, puesto que la acción beneficiante en la biomedicina conlleva unos riesgos y contraindicaciones, por ello es fundamental acudir al principio de utilidad, no sólo económica sino en términos de salud, para establecer el balance más favorable.

El principio de beneficencia es fundamental, no puede ser visto como el único principio ético, ni como el que justifica o sobrepasa a los demás, pero tampoco debe ser limitado.

- Principio de justicia: Actualmente el médico no puede ni debe abstraerse de las implicaciones sociales y económica que conlleva su ejercicio profesional; los avances tecnológicos y la excesiva medicalización en la de los pacientes, hace que el costo en el ámbito sanitario sea elevadísimo, siendo necesario reflexionar sobre la mejor forma de administrar los recursos, dentro y fuera de nuestras fronteras.

El principio de justicia sanitaria es amplísimo, englobando desde los criterios médicos, leyes fiscales, asignación de recursos para las necesidades sociales, racionalidad tecnocientífica, hasta distribución de oportunidades en la sociedad. La cuestión primordial es que las necesidades son infinitas en la atención de los pacientes y los recursos muy escasos, por todo ello pensamos que es primordial evitar aumentar diagnósticos de TDAH irreales, o medicar en los casos que no son realmente necesarios. Quizás sea hoy una proporción ínfima para el conjunto de los recursos sanitarios, pero crece exponencialmente ocasionando unos gastos inútiles y evitables para la asistencia sanitaria.

¹³ Autores de *Principles of Biomedical Ethics* es el texto más influyente del movimiento bioético norteamericano y es considerado, en los cenáculos de la bioética, tanto americanos como europeos, como un texto de referencia en el estudio de la bioética.

Desde siempre la salud ha sido vista como un bien individual, el cual debe ser administrado por el propio sistema de valores y ética del individuo. Sin embargo la asistencia sanitaria es un bien social y es fundamental que se maneje con criterios económicos. Por ello es la economía la que diferencia la salud de la asistencia sanitaria. A la salud cada uno da su propio valor mientras que la asistencia sanitaria conlleva costo de oportunidad.

La ética parece olvidar la economía y la política y estas a su vez parecen que han hecho lo mismo con la ética. La controversia actual de restringir parte de las prestaciones sanitarias es un debate que entorno al sector a la sanidad pública debe conllevar a alcanzar un aumento de la eficacia, eficiencia y efectividad y en el ámbito privado a un aumento en el uso racional de los recursos. Diego Gracia Guillén, reconocida autoridad mundial en el campo de la bioética señala: *“La cuestión no está en limitar o no las prestaciones sanitarias sino en limitarlas bien, es decir, en forma justa”*.

Como vemos, no podemos dejar de fundamentar el diagnóstico en los principios éticos universales que junto a la normativa vigente nos ayudaran a saber cómo actuar ante un menor que puede sufrir TDAH. Es necesario abordar como el ordenamiento jurídico español recoge la difícil conciliación de los derechos del menor con el ejercicio de la patria potestad, la cual a medida que avanza la edad del niño va viéndose limitada en beneficio de la autonomía del menor, alcanzando su máxima expresión al llegar a la edad adulta. Son muchas las implicaciones del menor tratado de TDAH, cuestiones como el grado de implicación del menor en la toma de decisiones, confidencialidad o el consentimiento.

AUTONOMÍA E INFORMACIÓN ASISTENCIAL

El principio de autonomía, como señala el Tribunal Supremo *“es la manifestación de decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida”*, siempre que esto no perjudique los derechos de terceros. Este principio conlleva inevitablemente el principio de responsabilidad, muy especialmente en la atención psiquiátrica al menor, donde el respeto a la autonomía debe ser de una responsabilidad ética elevadísima, puesto que de otro modo la decisión del médico puede ser irresponsable y nociva. Con este principio de autonomía podríamos entender que los menores pueden decidir sobre su propia vida, sin embargo, su capacidad de decisión se ve limitada en el ámbito referente al niño de corta edad, en el que sus padres o tutores tienen un papel fundamental y casi único, del ámbito del adolescente o preadolescente, en donde podrán implicarse mucho más al ser sujetos con ciertos derechos reconocidos.

De este principio se derivan los derechos a ser informado y a elegir, La ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica en su Capítulo II recoge el derecho a la información sanitaria de la siguiente manera:

Artículo 4 Derecho a la información asistencial

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Artículo 5 Titular del derecho a la información asistencial

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Artículo 6 Derecho a la información epidemiológica

Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley.

Para ejercitar el derecho a elegir es necesario que el menor sea capaz de formar juicios de valor alcanzando la responsabilidad necesaria para deliberar y así decidir libremente.

Pero ¿Cuándo se alcanza esta responsabilidad? Lawrence Kohlberg, profesor de filosofía de la Universidad de Harvard desarrollo grandes estudios acerca del desarrollo moral y la autonomía, completando la teoría de su maestro Jean Piaget, afirmó que la moral y la responsabilidad se van desarrollando durante el crecimiento humano, estableciendo tres estadios:

- ❖ Preconvencional, abarca los cinco primeros años de vida, donde todavía no pueden realizar razonamientos abstractos, por lo que no comprenden el significado de las normas. Es una fase que se caracteriza por la heteronomía.
- ❖ Convencional, las normas dejan de ser vistas con una procedencia absoluta y exterior -los adultos- y comienzan a basarse en el respeto mutuo entre sus iguales.
- ❖ Postconvencional, a partir de los 10 años los niños se percatan de que las normas son acuerdos arbitrarios que pueden ser modificados o anulados. El adolescente tiene principios morales generales y los afirma de un modo autónomo frente a las demás normas exteriores.

En los pacientes de TDAH al ser, por regla general, menores de edad y en algunos casos presentar una inmadurez, aislamiento social o dependencia excesiva se hace imprescindible el acompañamiento durante todo el proceso de sus padres, tutores o guardadores, limitando su intimidad, el deseo propio y su autonomía.

El principio de beneficencia hace que nos preguntemos que es lo mejor para el interés del menor, el ordenamiento jurídico como hemos visto fomenta la autonomía del paciente por encima incluso de lo que de forma objetiva podría considerarse mejor para el enfermo, sin embargo debido al principio de autonomía es el propio paciente quien decide lo mejor para sí mismo. En el caso de menores e incapaces se complica, estando limitados según la edad y madurez e implicando a terceros (padres, tutores...).

Aquí el profesional sanitario debe tener mucha cautela, a veces los padres han oído hablar del TDAH o la hiperactividad y tienen noticias de que los hijos de sus amigos diagnosticados iban mal en el colegio porque eran en realidad TDAH, ahora siguen un tratamiento y todo parece que marcha mejor. El médico se puede encontrar con padres que buscan una solución desesperada al mal comportamiento de su hijo y acuden para obtener de este un reconocimiento del trastorno y así culpar a una causa ajena. El profesional deberá en base a este principio buscar únicamente el mejor interés o mayor beneficio del paciente a la hora de establecer el diagnóstico.

En la decisión del diagnóstico del TDAH es fundamental tener en cuenta el principio de justicia, por un lado y como vamos viendo son muchos los niños diagnosticados de TDAH sin necesidad alguna, fruto de la sobrediagnóstico muy característica de este trastorno. El profesional no puede ser ajeno a las implicaciones sociales y económicas que su decisión genera. Por ejemplo en la Región Autónoma de Murcia a raíz del reconocimiento en la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre de la Mejora de la Calidad Educativa, expresando las necesidades de apoyo educativo a estos niños se han adoptado ciertas medidas como el llamado “Bachillerato fragmentado” cursando en

bloques de cuatro años y no en los dos cursos aprobados con carácter general. Para los menores que padecen este trastorno, no dudamos que esta medida puede ser muy beneficiosa, ¿pero qué perjuicio puede ocasionar en los niños víctimas injustificadas del TDAH? Es fundamental la prudencia en el diagnóstico del TDAH y que los profesionales piensen no solo en el interés del menor que es lo primordial, sino también en los costes sanitarios, educativos, sociales que su diagnóstico intencionado o no intencionado define.

LA CONFIDENCIALIDAD Y EL SECRETO PROFESIONAL

Como criterio básico en la atención en cualquier disciplina sanitaria, también en la atención del menor con TDAH, el especialista deberá respetar el secreto profesional y confidencialidad en todos los datos recogidos durante la relación terapéutica, salvo en caso de grave riesgo para el menor o terceros.

Son numerosas las disposiciones nacionales e internacionales que reconocen el derecho a la intimidad, en concreto en nuestro ordenamiento, encuentra su protección al más alto nivel normativo, en el artículo 18 de la Constitución Española que dispone *“se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”* A esto se unen los Tratados Internacionales que forman parte de nuestro Ordenamiento interno y que reconocen el derecho a la intimidad de la siguiente manera¹⁴:

- La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948:
“nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques” (art.12)
- La Convención Internacional de Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989:
*“1. Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.
2. El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques”*
- El Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, firmado en Oviedo en 4 de abril de 1997:
“1. Toda persona tendrá derecho a que se respete su vida privada cuando se trate de informaciones relativas a la salud” (art 10).

¹⁴ Referente a esta materia también han sido reconocidos por España, El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de Nueva York de 19 de diciembre de 1966 y el Convenio para la Protección de los Derechos humanos y de las Libertades Fundamentales, firmado en Roma el 4 de noviembre de 1950.

En la esfera nacional, la protección de la intimidad tiene también una especial referencia en la legislación sanitaria, únicamente mencionaremos las dos más importantes para nuestro objeto de estudio:

- Ley 14/1986, General de Sanidad al prever que todos tienen derecho a *“la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público”* Precepto que no ha sido derogado con la entrada en vigor de la Ley básica, 41/2002.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica:
 1. *“Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a la salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.*
 2. *Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.”*

El derecho a la intimidad encuentra también protección en otros órdenes jurídicos, como el civil, penal o administrativo.

Este derecho encontrará límites únicamente cuando: la divulgación este expresamente autorizada por la Ley, o cuando el titular de derechos hubiere otorgado su consentimiento expreso (queda excluido el tácito o presunto). Tampoco serán intromisiones ilegítimas las acordadas por la autoridad competente de acuerdo con la Ley, ni cuando predomine un interés histórico, científico o cultural relevante, tal y como indica el artículo 8 de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. El profesional no solo estará exento de guardar el secreto profesional, sino que tendrá el deber de denunciar los delitos de los que se tenga conocimiento por razón de su profesión, recogido en el art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Al tratar con menores, el profesional se puede encontrar en una posición intermedia entre los familiares y el menor, y tendrá muchas veces sin quererlo que mediar entre ambos, viéndose en medio de una colisión de derechos entre los reconocidos al menor sobre la confidencialidad y los derechos de los padres a ser informados sobre todo aquello que afecte a su hijo.

La Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen legitima el consentimiento de los menores *“si sus condiciones de madurez lo permiten”*, es decir si tienen capacidad de discernimiento y un control de la voluntad que permita suponer que conocen la trascendencia de su decisión. Como vamos a ver ahora al hablar de consentimiento informado, la Ley Básica 41/2002 diferencia entre los menores el derecho a que su opinión sea tenida en cuenta o incluso a decidir frente a sus padres o tutores, esto

conlleva un reflejo en lo referente a la intimidad del menor, en donde los padres estarán informados siempre hasta que su hijo alcance los 16 años, donde salvo excepciones recogidas en la ley, será el menor quien autorice la “intromisión” paterna. No obstante, la garantía del secreto profesional está enmarcada por ciertos límites, cuando el psiquiatra estime que el menor se encuentra en una situación de riesgo, deberá evaluar y tomar las medidas que considere necesarias buscando siempre el bien del menor y sopesar la conveniencia y forma de transmitir la información a los padres o tutores.

Para verlo más esquemático, la Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH según la legislación vigente da las siguientes pautas:

- ❖ *Deberá escucharse siempre al menor con TDAH e informarle de la forma más completa posible y adecuada a su nivel de comprensión, contrastando con él las distintas opciones y dudas que pueda tener, y compartiendo la información con los padres o tutores en función del grado de madurez y la necesidad de completar el proceso informativo llevado a cabo con el menor.*
- ❖ *En la atención al menor con TDAH, el profesional deberá respetar el secreto y la confidencialidad en todos aquellos datos referidos en el contexto de la relación terapéutica, salvo en caso de riesgo manifiesto para el menor o para terceros.*
- ❖ *Entre los 12 y los 16 años, deberá respetarse, en la medida de lo posible, la confidencialidad de la información y los datos sanitarios sobre el TDAH del menor maduro y con juicio suficiente, especialmente ante la demanda explícita por su parte. En este proceso se ponderarán los riesgos y beneficios de ceder o comunicar esa información a los padres o tutores, así como su posible trascendencia en otros ámbitos del menor, y se aconsejará al menor la conveniencia del diálogo y la comunicación con los padres o tutores sobre su salud, evitando entregar la documentación clínica a terceros sin su consentimiento, salvo situación de riesgo grave debidamente justificada.*
- ❖ *A partir de los 16 años, deberá preservarse la confidencialidad del menor igual que si fuese mayor de edad, dejando a su criterio personal la decisión sobre la comunicación de la información a sus padres o tutores, salvo situación de riesgo grave o manifiesta incompetencia.*

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se entiende por consentimiento informado “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud” (art. 3 Ley 41/20012).

Beauchamp y Childress lo definían como “una autorización autónoma del individuo para una intervención médica o para participar en una investigación, matizándose que el paciente sólo presta el consentimiento informado a una intervención cuando es capaz de actuar, recibe información completa, comprende la información y acepta la referida intervención” (*Principles of Biomedices Ethics*).

Por tanto son dos los requisitos que deben converger de manera simultánea, dando lugar a un vicio en el consentimiento la falta de alguno de ellos, estos son: La información adecuada, como presupuesto material y necesario y la conformidad del paciente, libre, voluntaria, consciente y en pleno uso de sus capacidades mentales.

En la actuación sanitaria el consentimiento del paciente constituye además una obligación ética tal y como se deriva del Código de Ética y Deontología Médica de 1999, aprobado por la Organización Médica Colegial, señalando:

Artículo 9:

2. *“(…)El médico ha de respetar el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o el tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible de las consecuencias que puedan derivarse de su negativa.*
3. *Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar.”*

Artículo 10:

1. *“Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con delicadeza, de manera que pueda comprenderla. Respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que haya designado para tal fin.
(…)”*
4. *Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo, el médico le proporcionará información suficiente y ponderada a fin de obtener, preferentemente por escrito, el consentimiento específico imprescindible para practicarlas.*
5. *Si el enfermo no estuviese en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de sus situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.*
6. *La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y grado de madurez.”*

También encuentra su justificación y fundamento en la Constitución Española dentro de la esfera de los derechos fundamentales y de forma especialísima en la dignidad de la persona (art.10 CE), en la libertad individual (arts. 1.1 y 17 CE) y en el derecho a la vida y a la integridad física y moral (art. 15 CE)

La Ley 41/2002 garantiza el respeto a la autonomía del paciente en toda actuación dentro del ámbito de la salud, así lo recoge su artículo octavo:

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

En el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, como regla general los pacientes serán niños y adolescentes, aunque muchos en la edad adulta mantienen este trastorno, llegándose a afirmar que entre el 50-70% de los niños con TDAH mantiene parcialmente el diagnóstico a los 25 años y un 15% lo retienen con todos sus síntomas. Sin embargo es interesante que nos paremos a considerar los límites que recoge la Ley de Autonomía del Paciente, respecto al consentimiento de los menores e incapaces.

Artículo 9. (...) 3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- a. Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representación legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- b. Cuando el paciente este incapacitado legalmente.
- c. Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene **doce años cumplidos**. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero **emancipados o con dieciséis años cumplidos**, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente (...).

Como vemos la ley distingue en tres periodos de edad donde el consentimiento informado puede ser realizado por representación, distinguiendo entre:

- ❖ **Menores de 12 años:** Carece totalmente de capacidad de decisión, ejerciéndola sus padres o representantes legales.
- ❖ **Entre los 12 y los 16 años:** el menor deberá ser oído, lo cual no implica que sea atendido en sus pretensiones y serán los titulares de su patria potestad quienes presten el consentimiento, tal y como establece también el Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina, 1997, en el artículo 6.2. *“Cuando, según la ley, un menor no tiene la capacidad para dar el consentimiento para una intervención, ésta sólo se podrá realizar si da la autorización su representante, autoridad, persona o instancia que determine la ley. La opinión del menor será considerada como elemento, tanto más determinante, cuando mayor sea su edad y grado de discernimiento.”* Asimismo encuentra también reconocimiento en la ley Orgánica 1 /1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor (art. 9.1).
Estas edades referentes a la adolescencia, provocan numerosos conflictos a la hora de valorar por parte del profesional sanitario la madurez del menor. La ley 41/2002 no resuelve expresamente si recae en el médico esta responsabilidad, pero parece entenderse que será el facultativo el responsable partiendo del art. 9.3 de la mencionada Ley, por lo que si el profesional considera que el menor con TDAH reúne las condiciones de madurez necesaria para discernir según el grado de complejidad que se trate, podrá tener en cuenta la opinión del menor buscando siempre como fin último el mayor beneficio para adolescente.
- ❖ **Mayores de 16:** Como hemos mencionado citando el artículo 9.3, se les reconoce capacidad para prestar consentimiento, siendo su opinión vinculante para las actuaciones médicas, con algunas excepciones de grave riesgo.

Asimismo el facultativo deberá proporcionar al paciente, antes de obtener su consentimiento, la información básica que recoge el artículo 10 de la Ley 41/2002:

- a) *Consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.*
- b) *Riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.*
- c) *Riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.*
- d) *Las contradicciones.*

Tanto la Ley como los principios éticos subyacentes nos muestran como la maduración del menor va evolucionando de manera progresiva en su participación en la toma de decisiones, incluidas las referidas a la salud, por lo que conforme va creciendo, será bueno que se pronuncien de una forma más plena no solo a la hora de evaluar, previa al diagnóstico sino también en el tratamiento a seguir y se le deberá explicar claramente las conveniencias, sus aspectos favorables y desfavorables y si existen alternativas para el cuidado del TDAH. El profesional médico que atiende al menor con TDAH deberá

actuar con la mejor evidencia científica e implicar lo máximo posible a sus pacientes en la toma de decisiones, actuando así con la debida ética profesional, escuchando siempre al menor, planteándole la situación y todas las alternativas posibles, en un lenguaje adecuado y comprensible para él, aclarando todas sus dudas y restringiendo todas aquellas intervenciones que limiten sin necesidad alguna, los derechos del menor, velando así por el bien del menor.

CONCLUSIONES

La potenciación de facultades cognitivas debería tener la atención no sólo de la comunidad científica, sino de juristas y expertos en el campo de la ética al ver como cada vez más, la sociedad acepta y busca el uso de fármacos que ayuden a mejorar el rendimiento intelectual y emocional para alcanzar una “mayor calidad de vida”. Hemos querido acercar esta preocupación desde una perspectiva muy particular, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que afecta a un número cada vez mayor de niños y adolescentes.

Entre los expertos hay variedad de opiniones, encontrándose en posiciones adversas, afirmando o desmitificando el TDAH. Por nuestro breve estudio podemos señalar que es un trastorno de la mente que afecta a todas las edades siendo notable en las más tempranas, pero que en muchas ocasiones por influencias familiares, sociales, añadidas a la dificultad de comunicación o entendimiento con los pacientes se diagnostica de manera excesiva e infundada, suscitando en numerosas ocasiones el tratamiento en sanos.

Fruto de la disparidad que el TDAH provoca, podremos enfrentarnos a situaciones de clara desigualdad, no solo en los pacientes sanos, a los que se llega incluso a medicar, sino también con los afectados por el trastorno que no sean correctamente diagnosticados. Es necesario que las autoridades o profesionales competentes, se pongan de acuerdo en unificar los criterios de valoración (DSM y CIE) para el TDAH o la utilización por parte de todos los facultativos de la misma escala de valoración (DSM o CIE) evitando discrepancias en el trato hacia los pacientes.

En cualquier rama de la medicina resulta siempre complejo asistir a menores, mucho más en casos de TDAH, donde es difícil delimitar la conducta “anormal” de un niño. Son numerosos los hándicaps, establecer los límites de capacidad para que puedan ejercer sus derechos dentro de los márgenes que recoge el ordenamiento jurídico español, no ceder a las presiones familiares y sociales que buscan a veces desesperadas una respuesta médica, etc.

Los profesionales sanitarios deberían actuar siempre buscando el bien del menor, escuchándole y teniendo en consideración su opinión siempre que vean las capacidades de raciocinio adecuadas. Formarse y actualizar los conocimientos y avances científico-técnicos para una buena praxis médica.

En definitiva es necesario examinar y definir los límites en el uso desmedido de “*medicamentos para el estilo de vida*” y dar respuesta a conflictos cada vez más presentes en la sociedad actual.

BIBLIOGRAFÍA

Artículos o Entrevistas:

- Sharpe K., 2014: “Los estimulantes no facilitan el aprendizaje” *Nature*, Vol.506, págs. 146-148. 2014.
- Stix, G., 2009: “Potenciadores de la cognición” *Investigación y Ciencia*. Nº 399, págs. 20-27. 2009.
- Berger, M. Norman, C., 2010: “Dopaje mental” *Mente y Cerebro* Vol. 40, págs. 82-84. 2010.
- Schleim, S. 2006: “Dopaje mental”: *Mente y Cerebro* Vol. 20 págs. 76-79.
- Buchholz, Y., 2013: Entrevista: “El 75 por ciento del origen del TDAH es genético” *Mente y Cerebro* vol.61, págs. 23-25. 2013.
- Rothenberger, A. Banaschewski, T. 2004: “Síndrome por déficit de atención e hiperactividad” *Mente y Cerebro* Vol. 9, págs. 65-71.
- Reinberger, S. 2013: “Las múltiples caras del TDAH” *Mente y Cerebro*, Vol. 61 págs. 16-22.
- Saiz Fernández, L.C. 2013: “Atentos al déficit de atención (TDAH) Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva” *Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra*, Vol. 21 nº 5. Nov- Dic 2013.
- Roncero, C. Casas, M. 2006: “uso de fármacos psicoestimulantes en drogodependencias” *Adicciones*, Vol. 18 Núm 3, págs. 247-250. 2006.
- Daigre, C. Terán, A García-Vicent, V. Roncero, C. 2013: “trastorno por déficit de atención e hiperactividad y dependencia de sustancias depresoras. Una revisión”. *Adicciones*, Vol. 25, Núm. 2, págs. 171-186.2013.
- Siso Martín, J. 2009: “El médico, el paciente menor y los padres de éste. Un triángulo que debe ser amoroso” *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, Vol. XI, Núm. 44. Oct/Dic. 2009.
- Rodríguez, B. 2012: “Sobre la relevancia moral de la distinción mejora-tratamiento” *Dilemata*, Núm. 10, págs. 307-328. 2012.
- López Ferrado, M. 2008: “Dopaje al servicio de la inteligencia” *El País*. 21 de octubre 2008.

Apuntes:

- De Lorenzo, R. 2015: "Apuntes Máster Propio en Derecho Sanitario" Feb. 2015.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010 "Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes" Ed. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2010.
- Santirso Ruiz, M. 2005: "Legislación sobre salud mental y derechos humanos" Editores Médicos. S, A. EDISMA. 2005. Asturias.

Libros:

- Méjica, J. Díez, J.R. 2006: "El Estatuto del Paciente. A través de la nueva legislación sanitaria estatal" Aranzadi, S.A. Navarra.
- García de Vinuesa, F. González Pardo, H. Pérez Álvarez, M. 2014: "Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil" Alianza Editorial. Madrid.
- Romeo Casabona, C.M. 2012: "Más allá de la salud. Intervención de mejora en humanos" Editorial Comares, S.L. Granada.
- Romeo Casabona, C.M. Emaldi Crión, A. Escajedo San Epifanio, L. Nicolás Jiménez, P. Romeo Malanda, S. Urruela Mora, A. 2006: "La ética y el derecho ante la biomedicina del futuro" Universidad de Deusto. Bilbao.

Algunos enlaces de interés consultados:

- http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2009/NI_2009-01_metilfenidato.htm
- <http://www.thehastingscenter.org/Search/Results.aspx?searchtext=ADHD>
- http://www.onmeda.es/entrevistas/jose_alda.html
- <http://www.abc.es/familia-padres-hijos/20141020/abci-trastorno-deficit-atencion-201410171200.html>
- http://www.elperiodicoextremadura.com/noticias/extremadura/julian-vaquerizo-estoy-convencido-no-existe-deficit-atencion-deficit-intelectual-persona_729219.html
- http://www.postersessiononline.com/doi/10_3252-TDAH_es2008115.pdf
- <https://www.change.org/p/proyecto-de-ley-para-tratar-el-tdah-trastorno-d%C3%A9ficit-de-atenci%C3%B3n-e-hiperactividad>
- <http://www.feaadah.org/es/>
- <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-guias-para-educadores.html>
- http://www.unioviedo.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2003/2003_Bobes_Trastorno.pdf
- <http://tdahenadultos.blogspot.com.es/2013/02/resumen-tdah-adulto.html>

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>