

► 100
Bioética

► Alvaro Franco MD MSc PhD**

CONTROVERSIAL
ISSUES IN ADD

TEMAS
CONTROVERSOS
NO TDAH

Temas Controversiales en el TDAH*

► Fecha de recepción: noviembre 13 de 2012

► Fecha de evaluación: noviembre 30 de 2012

► Fecha de aceptación: diciembre 5 de 2012

* Artículo presentado para optar la candidatura a Doctorado en Bioética
** Médico Psiquiatra Universidad El Bosque, Psiquiatra Infantil Universidad de Barcelona. Magister en Dirección Universitaria. Magíster y Doctor en Bioética. Profesor titular, Director de la Especialización en Psiquiatría Infantil y del Adolescente y del grupo de Investigación en salud Mental Neurodesarrollo y Calidad de vida (Cat. B Colciencias). Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.



RESUMEN

Las personas vinculadas con la atención del “niño hiperactivo” (padres, educadores, clínicos y sistemas de salud), se plantean diferentes orientaciones en relación al Trastorno por Déficit de Atención (TDAH). Convirtiéndose en temas controversiales la existencia o no del trastorno: ¿El TDAH es un trastorno mental o un constructo social?, pero ante la realidad que de una u otra forma existe, ¿Cuál debería ser el tipo de atención del niño en el sistema educativo?: ¿Adaptar el niño con TDAH a la escuela, o el sistema escolar a los niños con dificultades? Y, para finalizar, se discute el punto de mayor debate: ¿Medicación, Usar o no Usar?... he aquí la cuestión.

Palabras Clave

Déficit de Atención, Biopolítica, medicación, bioética del TDAH.

101

SUMMARY

People categorized with the condition known as “hyperactive child” (parents, educators, clinical and health systems), there are different views in its relation with Attention Deficit Disorder (ADD). Apart from its existence or not being controversial: is ADD a mental disorder or a mere social phenomena? But facing either reality is the question as to which should be the type of attention given to children with difficulties in the academic system? Should the child with ADD be adapted to the school system, or the school system to the children with difficulties? Bring the child with ADHD to school or school system to children with difficulties? As a final note, we should ask ourselves the most debatable question: Should medication be used or not?

Keywords

Attention Deficit, biopolitics, medicine, bioethics of ADD.

RESUMO

As pessoas vinculadas ao atendimento da “criança hiperativa” (pais, educadores, clínico e sistemas de saúde), estabelecem diferentes orientações em relação ao Transtorno por Déficit de Atenção (TDAH), convertendo em temas controversos a existência ou não do transtorno: O TDAH é um transtorno mental ou um constructo social? Porém, diante da realidade que de uma ou outra forma existe, qual deveria ser o tipo de atendimento à criança no sistema de educação: Adaptação da criança com TDAH à escola ou um sistema escolar para crianças com dificuldades? E para finalizar, discute-se o ponto de maior debate: Medicação: Usar o não Usar?... eis aqui a questão.

Palavras-Chave

Déficit de Atenção, biopolítica, medicação, bioética do TDAH.

INTRODUCCIÓN

Las controversias implican un tipo de racionalidad centrada en problemas de la vida real, en ella es más importante el contexto y la deliberación, es decir cómo se llega al proceso de toma de decisión, no buscando que ésta sea cierta o exclusiva para la situación determinada sino que sea producto de la autogestión o de la deliberación fomentando que ésta sea responsable¹. Los debates en torno al Trastorno por Déficit de Atención (TDAH), en muchas ocasiones parte de la llamada racionalidad dilemática, esto es la opción entre dos polos opuestos como podrían ser posiciones extremas en cuanto a la formulación o no de niños con TDAH, que van desde los conceptos acerca de que el diagnóstico está sólo justificado en el lucro de los Psiquiatras y la Industria Farmacéutica, o que los efectos secundarios tempranos y aquellos que aparecerán a largo plazo como: agresividad, psicosis, adicción y otros no descubiertos aun, no justifica su uso en una población tan vulnerable como son los niños, hasta la necesidad de medicar para evitar la morbilidad dadas por la alta tasa de accidentabilidad y demás conductas de riesgo asociadas al TDAH, así como por el hecho de intentar mejorar la calidad de vida del niño.

Estos son problemas cotidianos en la práctica clínica del psiquiatra infantil y del neuropediatra, para quienes su deber es propiciar el mayor bien para su paciente, es decir, defender sus mejores intereses: vida, salud y felicidad. El médico debe reflexionar para hacer juicios éticos y decidir sus actos para beneficiar al paciente o a la comunidad con la mejor alternativa que pueda brindarse, sin lesionar los intereses de terceros, además debe mantenerse al día con los nuevos estudios que se publican y formular una propuesta terapéutica integral teniendo en cuenta los requerimientos legales y el mejor interés para el niño, la familia y su entorno social y escolar.

José Sebastian, escolar de 8 años asiste (...o mejor es llevado por su madre) a consulta especializada en déficit de atención, considera su vida un desastre, le aburre asistir a terapias, discute constantemente con su madre, pero, sin embargo, ésta se encuentra satisfecha con el tratamiento pues han disminuido las quejas del colegio con respecto a su hijo. En los tres temas controversiales que se abordan encontraremos como introducción apartes de la narrativa testimonial de esta niño y de su mamá.

DISCUSIÓN

1. ¿El TDAH es un trastorno mental o un constructo social?

JS: ...el psiquiatra me ilusionó, pues me dijo que lo que me pasaba a mí era por algo así como una enfermedad que se llamaba déficit de atención, que seguramente algunos compañeros míos también la tenían a los que les dicen hiperactivo, que no era culpa mía tenerla pues es por herencia que da, pero tampoco culpa de mis padres ya que alguno de ellos a su vez la había heredado...

El diagnóstico del TDAH, habitualmente se da si un niño o adolescente cumple con los criterios clínicos del DSM IV². En éstos se describen síntomas de déficit de atención, impulsividad e hiperactividad, diferenciándolos en subtipos de predominio inatento, hiperactivo-impulsivo o mixto según sea el caso; los criterios además deben tener presencia en más de un sitio o ambiente y una duración mayor a seis meses. Muchos clínicos recomendamos³, para hacer un diagnóstico, apropiado tener en cuenta sumado a lo anterior, la valoración del niño y de su familia, el informe escolar e incluso en casos de difícil diagnóstico pruebas complementarias como la valoración neuropsicológica. A pesar de lo cual, y como puede verse en la multiplicidad de los síntomas y la subjetividad de su valoración, un diagnóstico de TDAH es invariablemente una cuestión de juicio, que siempre conllevará el riesgo de un sub-diagnóstico o de un sobre-diagnóstico.

En su revisión ya clásica Tamimi⁴ plantea que el TDAH es un constructo social, argumentando acerca de las discrepancias en las tasas que se presentan en diferentes países del mundo, encontrando del 0.5 al 26% y mostrando cómo éstas son un reflejo de las sociedades, siendo por supuesto más altas en culturas menos permisivas con los comportamientos que no se ajustan a las normas y en las que se da gran importancia al éxito académico; de esta manera entra a jugar un papel en el diagnóstico las expectativas que tienen los padres y los maestros, así como las exigencias sobre sus niños, las que unidas a una creciente medicalización de la infancia la han convertido en una entidad nosológica. Línea similar y complementaria había tomado en el año 96 Anderson⁵ en Nueva Zelanda, realizando estudios comparativos en diferentes culturas.

Derivado del punto anterior es necesario profundizar sobre las marcadas diferencias en cuanto a la prevalencia mundial del TDAH. Una investigación suramericana⁶

es considerada por el editoralista del *American Journal of Psychiatry*⁷ como fundamental en el conocimiento de la etiología del trastorno, ejemplifican el caso del cólera en Londres en 1854 mostrando cómo el estudio epidemiológico en determinada zona de la ciudad llevó a encontrar la fuente de contaminación en una bomba de agua potable, para explicar estas diferencias de prevalencia se tiene en cuenta los desiguales sistemas de clasificación DSM IV y CIE 10 concluyendo que hacia un futuro la manera de encontrar datos más exactos es tratando de unificar criterios.

El estudio de Polanczyk⁸ y colaboradores busca por medio de metaanálisis las tasas promedio de prevalencia del TDAH en los últimos 25 años en diferentes regiones del mundo, por ejemplo, en Norteamérica es del 6.2%, mientras que en Suramérica es del 11.8%, estas diferencias las explican por las diferentes metodologías empleadas y concluyen que el origen geográfico no se ajusta a un patrón compatible con la noción de que el TDAH sea subproducto de la cultura americana.

En el mismo sentido de considerar un trastorno neurobiológico el TDAH, están los estudios genéticos⁹ en los cuales han sido de gran relevancia los realizados en nuestro medio por el grupo de la Universidad de Antioquia⁹, así como los neuroquímicos y neuro imagen lógicos compendiados en el número de abril de 2008 de las Clínicas de Psiquiatría Infantil de Norteamérica¹⁰ y en nuestro medio por Vera y Colaboradores¹¹ mostrando cómo el TDAH es una entidad con una base neurofisiológica y genética demostrable empíricamente.

2. ¿Adaptar el niño con TDAH a la escuela, o el sistema escolar a los niños con dificultades?

JS: ...Todo era una pesadilla para mí, tanto despierto cuando me acordaba del colegio, las notas, que no me sabía las tablas, que al leer siempre me equivocaba y todos los niños se burlaban de mí, al acostarme era un suplicio, que si ya hizo las tareas, que si tiene todo listo para mañana, que por qué me miente, que usted sólo se la pasa frente a una pantalla, viendo televisión o con los videojuegos, que se los voy a quitar, a prohibir, a botar, a decomisar, a entregar de nuevo sólo cuando saque buenas notas... y al dormir otra tragedia: pesadillas todas las noches, accidentes en los que todos morían, mis padres, mis amigos, mis primos y solo yo quedaba vivo y para completar en el colegio...

El filósofo Robert Solomon¹² plantea el siguiente interrogante: *“¿Deberían tener los niños hiperactivos un recreo más largo y ser reorientados hacia actividades más dinámicas? ¿O habría que suministrarles Ritalina y otros potentes (y posiblemente peligrosos) fármacos?* Como interesante respuesta propone el “modelo del aguacate” blando por fuera refiriéndose a las características psicosociales y duro por dentro a las neurobiológicas, dejando al sentimiento y al juicio del clínico la decisión del tratamiento a seguir.

Seguramente el problema es más complejo, podríamos intuir varias situaciones que implican inconvenientes de carácter ético:

¿La medicación es un arma de control social con el fin de gestionar la ineficiencia de los sistemas escolares y poder incluir más niños en un aula de clase? La respuesta parece obvia y precisamente por eso pierde todo interés, ganándolo los cuestionamientos derivados de esta pregunta. La comisión de Bioética de la presidencia de U.S.A¹³ entre otros, se cuestiona si: *“¿Las políticas gubernamentales pueden fomentar el exceso en la prescripción?, ¿Es bien visto por el gobierno (republicano para la fecha de expedición del documento) el uso de herramientas que faciliten la construcción del civismo en la niñez?”*

En general, estos temas corresponden hoy a la llamada biopolítica, dada su amplitud sólo señalaré dos aspectos, las relaciones de poder y las ecuaciones costo - beneficio. En las primeras las asimetrías excluyen cualquier decisión democrática, la literatura en nuestra especialidad es abundante y a la vez profunda con autores claros en sus posiciones sobre el tema como Thomas Szasz, Franco Basaglia, Roland Laing y David Cooper, pero es Michel Foucault, quien dedica el ciclo lectivo 73 a 74 del College de France al Poder Psiquiátrico¹⁴, en particular en su conferencia del 12 de diciembre consagrada al niño como ámbito de la intervención psiquiátrica, toca en ella el punto económico: *“...las instituciones con fines de lucro cuya meta esencial es imponer un costo tanto a la anomalía como a su rectificación...”* y continúa con el tópico de la psicopatologización del niño: *“La vigilancia del niño pasó a ser una vigilancia con forma de decisión sobre lo normal y lo anormal”*¹⁵, en pocas palabras, nos muestra las dos caras de la moneda: Diagnosticar y Cobrar / Vigilar y Castigar, convirtiendo así al psiquiatra infantil en juez y parte a la vez. Juez de la normalidad y parte del negocio.

En cuanto al índice costo - beneficio ha sido la bibliografía americana, en especial desde el principalismo, donde se postula como obligación moral mirar los resultados o utilidad de la relación de equilibrio que debe existir entre los beneficios y los costos o riesgos¹⁶, a su vez éstos los podemos subdividir en análisis de la relación costo / efectividad, la cual es de carácter No monetario y hace énfasis en aspectos como la calidad de vida, costos por año de vida útil, etc. Y en el análisis costo - beneficio, que intenta medir generalmente los aspectos económicos, aún cuando también se aplica para diferentes estadísticas (deserción escolar, accidentabilidad, etc.)

Si asumimos que para un Estado con una baja inversión en educación y salud (conocido como gasto social) es de lejos más costo - eficiente solucionar problemas asociados al TDAH como las altas tasas de deserción escolar, de accidentabilidad, de consumo de drogas¹⁷, etc. medicando a los niños, que realizando esfuerzos encaminados a un diagnóstico correcto, un proceso de rehabilitación o simplemente tolerar la diferencia.

Pero para cualquiera de estos últimos caminos se requiere de menos estudiantes por salón de clase, equipos profesionales especializados en áreas de la psicoeducación¹⁸, entonces no hablaríamos de un control social sino de la ampliación de cupos escolares, lo cual de base es considerado como algo políticamente correcto y fundamentados científicamente en estudios de costo - beneficio en los cuales muestran variaciones de US 207 a US 1.560 en gastos médicos por niño por año y en cuanto a la relación costo - efectividad señalan: "el metilfenidato, es una rentable opción de tratamiento con eficacia en función de los costos que van desde \$ 15.509 hasta \$ 27.766 por la calidad de vida ajustados por año ganado".¹⁹

3. ¿Medicación, Usar o no Usar?... he aquí la cuestión

JS:...era fácil solucionarlo con terapias y una pastillita todos los días; luego hizo seguir a mi mamá. Cuando le comentó lo de las pastillas, ella no aceptó, que prefería, o mejor, que aceptaba las terapias, puesto que ella como docente veía progreso en los niños a los que les daba clases particulares y que además estaban en terapias, le dijo que en vez de darme medicación ella continuaría con la dieta estricta en que me tenía sin permitirme los dulces, colorantes, galletas, gaseosas, y demás comida chatarra...

En 1937 Charles Bradley²⁰ es el primero en describir los beneficios para los niños con trastorno de conducta al utilizar estimulantes. Dicho trabajo se encuentra disponible en texto completo de manera gratuita en la red, con el auge de la medicina basada en la evidencia la literatura médica muestra claramente que los estimulantes mejoran no sólo los comportamientos y síntomas ligados al TDAH sino también la autoestima, la cognición, y el funcionamiento social y familiar²¹.

De hecho su utilidad no tiene mayor discusión, los problemas desde la perspectiva bioética se centran en sus usos llamados fuera de etiqueta y la seguridad a largo plazo, base de la interesante publicación del Hastings Center de New York²² o como plantean Bird y Emond²³ en su juego de palabras si se trata más bien de un problema de déficit de atención o de falta de atención.

Pero como vemos en el caso de José Sebastian, el médico formula medicación y la madre rehúsa aceptarla, proponiendo a su vez manejo dietético estricto. Entonces, quedamos ante la situación problema, no sólo para el médico, también para la familia pues estos se encuentran interesados en el progreso de su hijo, así sea por motivaciones tan disímiles como pensar que el futuro de su hijo dependerá del rendimiento académico actual o simplemente por considerar molesto y engorroso para ellos, estar asistiendo al colegio a recibir quejas sobre su hijo, ante esto la situación se puede enfocar de diferentes maneras: desde seguir protocolos en los cuales se recomienda el inicio con manejo conductual hasta la psicoeducación, esta última debe tener objetivos claros buscando que el paciente y su familia entiendan y estén capacitados para manejar o tomar decisiones respecto al trastorno, pero para lograrlo se compromete al médico y a la familia a tener una información mínima que incluya explicaciones sobre los siguientes interrogantes: ¿De qué se trata el problema? ¿Qué factores intervienen? ¿Cuál es, o cuáles son sus probables orígenes? ¿Cuál es el pronóstico de acuerdo a las diferentes alternativas terapéuticas? Es decir, a realizar un adecuado Consentimiento Informado.

En el otro extremo del espectro encontramos a los maestros que presionan a los padres para medicar a sus hijos, o los padres que simplemente desean el uso de medicación para ganar ventajas competitivas a sus hijos. La cuestión para el profesional sería definir: ¿Dónde comienza la psicofarmacología cosmética? o ¿Cómo hacer entender a los padres que uno no debe valorar a sus hijos

por las calificaciones que obtengan en los colegios, así como muchas de estas instituciones sí son valoradas por el puesto obtenido en los exámenes de estado?.

CONCLUSIONES

Los psiquiatras y neurólogos que se enfrentan a diario con la población pediátrica, dado que no existen biomarcadores disponibles para el diagnóstico del TDAH, en mi concepto deberán tener en cuenta las interrelaciones biológicas con los valores sociales y culturales, así como la evolución del niño, sus comorbilidades y las diversas fuentes de información mejorando el médico de esta manera su juicio clínico con el fin de minimizar los errores. Una vez se establezca el diagnóstico se deben dar recomendaciones que busquen un manejo integral como pautas educativas en la casa y el colegio, terapias: ocupacional, del lenguaje, rehabilitación cognoscitiva, psicopedagogía, actividades

extra académicas, etc. lógicamente con priorización y optimización de los recursos disponibles para cada niño.

En caso de utilizar medicación, el clínico debe estar seguro de las indicaciones precisas, las dosis exactas, la relación riesgo - beneficio, hacer reevaluaciones periódicas y buscar un adecuado compromiso terapéutico en que solo se encuentre con el uso adecuado del Consentimiento Informado, entendiéndolo como el diálogo entre el médico, el menor y sus padres o tutores, en el que se analicen las diferentes opciones de tratamiento y los resultados esperados con cada una de éstas. Todos los miembros involucrados tienen opción de preguntar libremente lo que consideren, así como de interrumpir el tratamiento cuando lo deseen.

AGRADECIMIENTOS

Al profesor Sergio De Zubiria PhD, quien orientó la elaboración del presente artículo.

REFERENCIAS

- 1 GRACIA, D.: "Éticas narrativas y hermenéutica", En "Como Arqueros al Blanco", Editorial El Búho, Pág. 213, Bogotá 2004
- 2 A.P.A.: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV. TR. Editorial Masson, Barcelona 2002
- 3 FRANCO, A.: *Trastornos por Conductas Perturbadoras*, Current Psychiatry, Volumen 5 No. 1 2009 P. 4-17
- 4 TIMIMI, S.: ADHD is best understood as a cultural construct, *The British Journal of Psychiatry* (2004) 184: 8-9
- 5 ANDERSON, J.C.: *Is childhood hyperactivity the product of Western culture?* Lancet 1996; 348:73-74
- 6 POLANCZYK, G.; SILVA DE LIMA, M.; LESSAHORTA, B.; BIEDERMAN, J.; & ROHDE, L.A.: *The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis*, Am J Psychiatry 164:942-948, June 2007
- 7 MOFFITT, T.E. & MELCHIOR, M.: *Why Does the Worldwide Prevalence of Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder Matter?*, Am J Psychiatry 164:856-858, June 2007
- 8 MICK, E. FARAONE, S.: *Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America Volume 17, Issue 2, P.261 - 284
- 9 ARCOS-BURGOS, M.; CASTELLANOS, F.X.; PINEDA, D.; LOPERA, F.; PALACIO, J.D.; PALACIO, L.G.; RAPOPORT, J.L.; BERG, K.; BAILEY-WILSON, J.E. & MUENKE, M. (2004). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Population Isolate: Linkage to Loci at 4q13.2, 5q33.3, 11q22, and 17p11*. Am J Hum Genetics. 75: 998-1014.
- 10 KIELING, C.; GONCALVES, R.; TANNOCK, R. & CASTELLANOS, F.X.: *Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America Volume 17, Issue 2, P. 285 - 307
- 11 VERA, A.; RUANO, M. & RAMIREZ, L.: *Características clínicas y neurobiológicas del trastorno por déficit de la atención e hiperactividad*. Colombia Médica Vol. 38 N° 4, 2007
- 12 SOLOMON, R.: *Ética Emocional, una teoría de los sentimientos*. Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona, 2007, p. 34
- 13 The President's Council of Bioethics: Paper Human Flourishing, Performance Enhancement, and Ritalin. <http://www.bioethics.gov/background/humanflourish.html>
- 14 FOUCAULT, M.: *El Poder Psiquiátrico*, Fondo de Cultura Económica Buenos Aires, 2005
- 15 FOUCAULT, M.: *El Poder Psiquiátrico*, Clase del 12 de diciembre de 1973. Fondo de Cultura Económica Buenos Aires, 2005 P. 146
- 16 BEAUCHAMP, T. & CHILDRESS, J.: *"Principios de ética biomédica"*, Editorial Masson, Barcelona 1999 P. 245 - 310
- 17 SZOBOT, C. & BUKSTEIN, O.: *Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America Volume 17, Issue 2, P. 309 - 323
- 18 ANTSHEL, K. & BARKLEY, R.: *Psychosocial Interventions in Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America Volume 17, Issue 2, P. 421 - 439
- 19 MATZA, L.S., PARAMORE, C. & PRASAD, M.: *A review of the economic burden of ADHD: cost effectiveness and resource allocation*, 2005. <http://www.resource-allocation.com/content/3/1/5>
- 20 BRADLEY, C.: *The Behavior of Children Receiving Bensedrine*. Am J Psychiatry 94:577-585, Nov.1937 <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/94/3/577>
- 21 BIEDERMAN, J. & SPENCER, T.J.: *Psychopharmacological Interventions*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America Volume 17, Issue 2, P. 439 - 458
- 22 PARENS, E. & JOHNSTON, J.: *Understanding the Agreements and Controversies Surrounding Childhood Psychopharmacology*, Focus 6:322-330, Summer 2008
- 23 BIRD, S. & EMOND, A.: *Attention deficit or lack of attention?* Archives of Disease in Childhood - Education and Practice 2007;92:ep76-ep81; doi:10.1136/adc.2005.092411