



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
CAMPO DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA EN BIOÉTICA

**CONSIDERACIONES BIOÉTICAS EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
MAESTRIA EN CIENCIAS

P R E S E N T A

DRA. LIZ SOSA MORA

TUTORA: **DRA. ELVIA GRACIELA RODRIGUEZ ORTEGA**



MÉXICO, D.F. 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“Los Derechos Humanos son un tema de siempre y para siempre porque implican lo más valioso que tiene el ser humano: su dignidad”.

“La comunidad internacional y la iberoamericana no deben ni pueden desmayar en su búsqueda de soluciones, normativas o de cualquier índole, a los lacerantes desequilibrios económicos y sociales, a la agudización de las desigualdades, a la pobreza extrema, a la falta de acceso a los servicios mínimos de salud, educación y vivienda, situaciones todas ellas de inestabilidad social que constituyen los graves obstáculos para la plena realización del derecho al desarrollo en particular y de los Derechos Humanos en general. Aquí, precisamente aquí, se halla uno de los aspectos más delicados e importantes del futuro de la humanidad y especialmente de los países iberoamericanos: el desarrollo económico, político social debe garantizar a todo habitante de la región el derecho que realmente tiene a una existencia digna de ser vivida”.

Jorge Carpizo Mc Gregor. Derechos Humanos y Ombudsman. Abril de 1993

AGRADECIMIENTOS

Especialmente a mi tutora, la Dra. Elvia Graciela Rodríguez Ortega quien con su incansable ejemplo logra transmitir las virtudes de la dedicación, el compromiso y el trabajo, mujer con inagotable fortaleza humana capaz de crear vínculos eternos. En honor a ella y al amigo de toda la vida, dedicamos esta tesis al recientemente fallecido Jorge Carpizo McGregor (1944-2012), en reconocimiento a su obra, a su ejemplo y a su lucha de siempre a favor de la dignidad humana.

Al grupo de profesores de Bioética por defender lo que algunos considerarían utopías, pero sobre todo por ser capaces de compartir sus conocimientos e incitar a la reflexión.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría y a mi equipo de trabajo de la clínica de la adolescencia, Dr. Francisco de la Peña Olvera, Dra. Miriam Fera Aranda, Dr. Lino Palacios Cruz, Dr. Fernando Félix, Dr. Alfredo Licon y muchos otros; al mismo tiempo maestros, estudiantes y amigos, con quienes aprendo todos los días algo nuevo y fascinante.

A todos los que han creído en mi, Dra. Min, mis amigos, mis padres, mis hermanos...

Pero sobre todo y como siempre a los niños, adolescentes y sus familias, de quienes surge esta tesis y a quienes espero regresar la posibilidad de una voz que sea escuchada y tomada en cuenta para cubrir sus necesidades en la relación médico paciente.

RESUMEN

El estado actual de la investigación del Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad (TDAH) ha mostrado que es un problema con base neurobiológica cuya manifestación y pronóstico depende de la interacción gen ambiente. Las consecuencias asociadas al trastorno han sido ampliamente descritas y la experiencia con el tratamiento ha mostrado que puede disminuir los costos sociales y los sufrimientos individuales y familiares asociados.

La presente investigación tuvo como finalidad reflexionar sobre aspectos Bioéticos relacionados con el TDAH, problema de salud publica en México y el mundo, enfatizando aspectos legales de protección a los niños y adolescentes como los Derechos Humanos, los Derechos de los Niños, la Ley General de Educación y la Ley para la Protección de personas con Discapacidad, así como contextos jurídicos internacionales que protegen a las personas con TDAH. Ejemplifico los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia con casos clínicos para resaltar la necesidad del tratamiento individualizado, el respeto a su autonomía y la protección de la vulnerabilidad de la condición de minoría de edad y la presencia del TDAH en niños y adolescentes. Analizo bajo la corriente filosófica del existencialismo la idea de medicalización de la conducta y otras expresiones humanas, así como las necesidades relacionadas al concepto de bienestar de los individuos en la realidad del siglo XXI.

Las reflexiones finales retoman la idea del individuo social y cultural, existente como proyecto y por tanto cambiante en el momento histórico y propongo recomendaciones en el tratamiento de los niños y adolescentes con TDAH basadas en el respeto de la autonomía, los derechos humanos y el interés superior del niño.

INDICE

1. Introducción
2. Antecedentes
 - 2.1. ¿Qué es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad?
 - 2.2. Evolución histórica del concepto de TDAH
 - 2.3. Estado actual del diagnóstico de TDAH a lo largo de la vida
3. Planteamiento de problema
4. Justificación
5. Objetivo general
6. Objetivos específicos
7. Diseño de Estudio
8. Bibliografía

Capítulo 1. Bases científicas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Capítulo 2. Los derechos de los niños y adolescentes a la salud y la educación

Capítulo 3. Principialismo y TDAH

Capítulo 4. El TDAH en el contexto social y cultural del siglo XXI

Reflexiones y Recomendaciones

INTRODUCCION

Para la psiquiatría, la búsqueda de los principios biológicos que la sustentan como rama de la medicina y como parte de las actuales neurociencias ha representado retos especiales, en parte porque a diferencia de la medicina tradicional, la causa de los trastornos es multifactorial y aun es desconocida en la mayoría de los casos (Lolas, F. 2000). Sin embargo, a pesar de los conocimientos científicos, no existe un trastorno médico que sea directamente producto de una interacción “causa-efecto”.

Debido a que la enfermedad mental es actualmente identificada y clasificada en base a los síntomas y no a las causas, el ejercicio de la psiquiatría representa diferentes dilemas, desde el punto de vista ontológico (Restrepo, J.E., 2007), se reconoce que el tipo de síntomas que se conciben actualmente como parte de un trastorno mental son manifestaciones que forman parte de la conducta humana normal, diferenciar el momento en que se convierte en patológica es una interpretación de quien la evalúa, de esta manera la existencia de un trastorno mental es poco reconocido por la población en general y otras disciplinas médicas y no medicas, al considerarse coartada, juzgada y medicalizada una variación de la conducta humana.

El problema epistemológico, inicia en la forma en cómo se hace el diagnóstico psiquiátrico basado en signos y síntomas, sin la integración de los avances en neurociencias que han ayudado a sustentar la base biológica de algunos trastornos mentales, como ocurre en el caso de uno de los trastornos más estudiados, cuya evidencia nos ha llevado a conceptualizarlo como el diagnóstico neuropsiquiátrico más prevalente e la infancia: El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Fuera del debate de la forma como actualmente se hace el diagnóstico de los trastornos mentales y la actual evidencia científica de la base biológica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Shing, 2008), se reconoce que los trastornos mentales en niños y adolescentes representan una enorme carga al individuo, las familias y la sociedad (OMS, 2004), su tratamiento al igual que en todas las áreas de la medicina debe ser en base a la evidencia científica (Medicina basada en evidencia).

Por ser el TDAH un diagnóstico médico principalmente reconocido en la infancia, deben ser resueltos diariamente dilemas éticos propios de la práctica de la psiquiatría de niños y adolescentes (Lynn, 2008), que incluyen la toma de decisiones, el asentimiento/consentimiento del menor y su tutor, la confidencialidad, la privacidad, así como las diferencias culturales creencias y preferencias de cada adolescente y su familia, el acceso a recursos de salud y la posibilidad de costear un tratamiento especializado.

El principio de la autonomía del menor para decidir sobre su propio tratamiento, representa dilemas éticos, no solo por la minoría de edad, sino porque el actual conocimiento con base científica propone opciones de tratamiento principalmente farmacológico que frecuentemente van en contra de las preferencias de manejo tanto de los cuidadores como del paciente. (Sondheimer, A. 2008).

En México la minoría de edad confiere el derecho legal de los padres para decidir sobre el tratamiento de sus hijos, la mayoría de los menores con TDAH que acceden a un servicio de salud lo hacen por canalización de la escuela, los motivos principales son el bajo desempeño escolar o los problemas relacionados con la conducta. Existe un gran desconocimiento de la presencia del trastorno y la afectación que produce, la piedra angular del tratamiento del TDAH es el manejo farmacológico, sin embargo, el tratamiento multimodal (integración de diversas disciplinas que incluyen la intervención con el paciente, los padres y la escuela) es la que ha mostrado la mayor evidencia de efectividad, siendo necesario bajo este modelo de tratamiento la evaluación de las necesidades especiales de cada caso y las modificaciones en el ambiente que permitan un mejor desempeño y mejoren el pronóstico.

El gran debate sobre la atención especial requerida por estos menores con TDAH basada en la identificación propia de una afectación o externa (escuela) por la identificación de un funcionamiento deficiente según lo esperado a cada edad, así como el derecho de los menores a la protección y el accesos a la salud y la capacidad de los niños y adolescentes para tomar decisiones se refleja en la forma como actualmente se concibe el trastorno en nuestro país y las oportunidades a las que pueden acceder. El interés superior del niño es un derecho constitucional reflejado en todas las reglamentaciones nacionales e internacionales, así como la protección especial de los grupos más vulnerables, como los discapacitados.

Sin embargo, la conceptualización del trastorno basado en fallas en la conducta y la atención de los menores representa un problema principalmente descrito por el ambiente (padres o maestros) con interferencia en el funcionamiento personal y cuyo tratamiento depende de una adecuada identificación de las necesidades de cada individuo, involucra al menor, a sus padres y a la escuela resulta no solo costoso, sino que depende de una oportuna identificación, la capacitación del personal de salud, el compromiso de todas las partes y las creencias de cada niño y adolescente y sus familias con respecto a lo que consideran un problema y la forma en cómo deciden resolverlo.

El presente estudio tiene como objetivo reflexionar sobre el tratamiento actual del TDAH en menores de edad en base a la evidencia científica actual bajo la corriente bioética del principialismo, los derechos humanos y el existencialismo, con el análisis de casos particulares.

1. ANTECEDENTES

1.1. ¿Qué es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad?

El Trastorno por Déficit e Atención e Hiperactividad (TDAH), es actualmente considerado un trastorno neuropsiquiátrico con base genética que se manifiesta principalmente en la edad preescolar y persiste a lo largo de la vida, generando malestar, disfunción y limitando las capacidades de quienes lo padecen. Es uno de los trastornos psiquiátricos infantiles más comunes en el mundo, sus principales síntomas son inatención, hiperactividad e impulsividad (De la Peña, 2009, Barckley, 2006).

La mayoría de los niños presentan síntomas en la edad escolar y el 75% son varones (Polanczyk, G. 2007), la forma más común de tratamiento es con medicamentos estimulantes como el metilfenidato y las anfetaminas, actualmente se conoce que el trastorno inicia en la infancia y persiste a lo largo de la vida con variación en la manifestación de los síntomas y afectando diferentes áreas según la edad y la severidad del trastorno (Pliska, S. 2007).

A pesar de su alta prevalencia, aun se desconoce la etiología del trastorno y la búsqueda de respuestas ha sido un gran desafío para la investigación científica que ha cambiado de buscar factores causales del TDAH, a la identificación de las complejas vías de desarrollo

que involucran factores genéticos, biológicos y ambientales que dan como resultado la expresión fenotípica de lo que actualmente denominamos TDAH.

Dentro de los factores genéticos los estudios han sido concluyentes al encontrarse una gran prevalencia del trastorno en gemelos monocigotos y familiares de primer grado, considerándose al momento que la tasa de heredabilidad del trastorno es del 80%. Se ha encontrado una asociación del TDAH con variantes genéticas del transportador de dopamina (DAT) que ha sido replicado en varios estudios con resultados variables y tamaño del efecto pequeño. Otros genes han sido estudiados con gran variabilidad en los resultados, la falta de replicación se presume que es debido, al menos en parte, a la heterogeneidad del diagnóstico.

La teoría dopaminérgica propone que en el TDAH existen disfunciones en este neurotransmisor que interfieren con el funcionamiento adecuado de la atención y la motivación. Los estudios de neuroimagen muestran que en comparación con controles, los pacientes con TDAH tienen volúmenes más pequeños de la corteza prefrontal dorsolateral, núcleo caudado, cuerpo calloso y cerebelo. Estudios de neuroimagen funcional predominantemente utilizando la tomografía por emisión de positrones (PET) y resonancia magnética funcional (fMRI) han apoyado la participación de las anomalías frontoestriatales en el TDAH, así como la disfunción en áreas del cerebro dopaminérgicas (Bush, G, 2008, Shaw, P. 2007).

1.2. Evolución histórica del concepto de TDAH

El trastorno se ha identificado durante muchos años en la literatura con distintos términos, para entender cómo el trastorno por déficit de atención (ADHD) evoluciono y se convirtió en una entidad diagnóstica ampliamente aceptada y coherente en la actualidad, algunos autores manifiestan que es de importancia entenderlo en un contexto social e histórico. Se debe reconocer que actualmente el patrón del control del comportamiento y como debe o no debe ser frenado, regulado o transformado, es sin duda distinto en esta época a como lo era antes, los cambios en la estructura política y social se han acompañado de nuevas restricciones en la expresión de los impulsos corporales (Lankof, 2000).

Fue George Still durante sus lecturas al Royal College of Physicians en 1902, quién presentó una serie de casos de niños con intelectos normales, pero, con fallas de la “volición inhibitoria”, describiéndolos de tal forma que uno de los problemas prominentes era la incapacidad para permanecer sentados y quietos, otros síntomas incluían: robar, mentir y tendencia a la violencia. Según Still, este déficit podía ser entendido como “una severa falta de reserva”, señalado por una auto-gratificación persistente, falta de vergüenza, falta de modestia y apasionamiento.

Para Still, la volición inhibitoria era la piedra angular de la conducta civilizada, prerequisite para convertirse en adulto. Los niños de Still, eran un recordatorio del arduo proceso de civilización, que idealmente instaba a un auto control moral durante el curso de la niñez.

Durante el periodo de 1920 a 1950 la historia del TDAH en Norte América fue marcada por la presencia de una epidemia de encefalitis, donde los médicos observaban un grupo de niños que sobrevivían a la infección cerebral pero permanecían con significativas secuelas conductuales y cognitivas (algunas de las cuales ahora forman parte del concepto de TDAH), como falla en la atención, la regulación de la actividad, impulsividad y otras habilidades cognitivas. Esta asociación de enfermedad cerebral con patología conductual inicio el estudio de las causas potenciales para los problemas conductuales en niños sin daño cerebral evidente, surgiendo el término de “daño cerebral mínimo” para definirlos, identificarlos y diferenciarlos. Muchos de estos niños presentaban retraso mental o trastornos de conducta más serios de los que están presentes en lo que hoy llamamos TDAH y eran tratados en sistemas educativos especiales caracterizados por baja estimulación o en centros residenciales y el pronóstico era considerado pobre.

En la década de los 50’s el término de “disfunción cerebral mínima” fue acotado al cuestionarse que en muchos de los niños con problemas de atención y control de impulsos, el daño cerebral no se podía documentar.

Importantes series de artículos aparecieron entre 1937 y 1941 con respecto al tratamiento de niños hiperactivos, el inicio del tratamiento farmacológico para los trastornos de conducta en niños fue marcado por el descubrimiento de los efectos de las anfetaminas en

la conducta. Originalmente este medicamento se utilizó para tratar la cefalea que resultaba de estudios de pneumoencefalograma durante protocolos de investigación, se observó que la administración de anfetamina mejoraba notablemente los problemas de conducta y el desempeño escolar de algunos niños que lo tomaban, estudios posteriores encontraron respuesta en más de la mitad de los niños hiperactivos hospitalizados. Como resultado se incrementó el uso de medicamentos de estimulantes desde la década de los 70's hasta la actualidad para el tratamiento de los síntomas conductuales asociados con los trastornos hiperquinéticos, como se denominó al síndrome desde los 50's.

Laufer et. al. (1957), se refirió a estos niños con el término de “Trastorno Hiperquinético Impulsivo”, relacionándolo con déficits en funcionamiento del área talámica del cerebro, alejándose científicamente de la vieja concepción de daño cerebral.

Douglas en 1972, después de aplicar baterías de cuestionarios, observaciones y pruebas, encontró que el problema principal de los niños era su incapacidad para “detenerse, observar y escuchar” y eran incapaces de poner atención a una tarea específica por periodos prolongados de tiempo, hizo énfasis en que esta incapacidad de inhibir los impulsos distractores no solo era un exceso de movimiento y debía de ser considerado un trastorno de la voluntad.

El comité para la redacción del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana en su versión II, (DSM-II) aceptó la redefinición de Douglas, de esta forma un niño podía ser diagnosticado con ADHD sin ser hiperactivo, para el DSM-III los criterios diagnósticos para cada sub-categoría de ADHD (inatención, impulsividad e hiperactividad) se encontraban listadas por separado. Tras la publicación del DSM-III hubo un interés creciente en torno al tema. En 1984 un número entero del *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* fue dedicado al ADHD, interés que continuó en aumento ya que para 1996 hasta el 40% de las referencias bibliográficas giraban en torno al ADHD. Así, muchos años después de que Still hiciera público su trabajo, el TDAH era el trastorno mental más diagnosticado en 1990 entre los niños Norte Americanos en edad escolar,

Russell Barkley en una serie de artículos publicados en 1997 y 1998 postula que el TDAH es el resultado de un mal funcionamiento en un grupo de habilidades denominadas funciones ejecutivas, las cuales resultan críticas para la planeación y la autorregulación, al respecto escribió: “...estas son las funciones que proveen al ser humano de la voluntad y la volición, así como del comportamiento que es intencionado, con propósito, orientado hacia el futuro, auto-disciplinado y razonado...”. De esta forma el cerebro es entendido como un sistema que se auto organiza, las funciones mentales más elevadas se localizan en los lóbulos frontales y permiten al individuo planear para el futuro, el mal funcionamiento de este sistema se convirtió desde entonces en la explicación más viable para las alteraciones que se observaban en niños diagnosticados con ADHD. Esta visión neurobiológica es la que predomina en la actualidad.

1.3. Estado actual del diagnóstico de TDAH a lo largo de la vida

Las crecientes tasas del diagnóstico de TDAH en el mundo y del uso de los medicamentos estimulantes han llevado a un debate público sobre la validez del diagnóstico, las causas del TDAH y la ética del tratamiento de niños con medicamentos psicotrópicos (Parens, E. 2009). Se reconoce que el TDAH es causado por una combinación de factores biológicos y sociales, así como que la forma en cómo actualmente se hace el diagnóstico aún no refleja adecuadamente la heterogeneidad y complejidad del trastorno. Los manuales categóricos utilizados actualmente para definir el trastorno (DSM-IV y CIE-10) están siendo objeto de revisión a la luz de los nuevos conocimientos científicos y las preguntas aun no resueltas. A continuación se mencionan algunos de los temas en debate.

Modelo del TDAH: dimensional vs continuum (y categórico): El TDAH es conceptualizado en la actualidad de forma categórica y no contempla a aquellos individuos que experimentan síntomas del espectro, pero no cumplen con los criterios diagnósticos suficientes para considerar TDAH. Los estudios recientes sugieren que sería más efectivo un modelo dimensional que uno categórico para la identificación y tratamiento de sujetos con este padecimiento.

Nivel de disfunción: Aún no se ha definido de forma clara a qué se refiere el DSM-IV con “alteración en el funcionamiento” y al parecer, *síntomas de TDAH* y *disfunción*, son

constructos distintos. Hay quien sugiere considerar para el diagnóstico de TDAH especificando severidad: leve, moderado y grave.

Subtipos de TDAH. La investigación ha mostrado una falta de estabilidad de los subtipos a lo largo del tiempo, si bien el diagnóstico de TDAH tiene estabilidad temporal de la infancia a la adultez, su clasificación por subtipos tiende a modificarse, ya que el grado y tipo de síntomas puede fluctuar a lo largo de la evolución. La transición de un TDAH de predominio hiperactivo/impulsivo (TDAH-H) en la infancia a un TDAH combinado (TDAH-C) posterior es alta, lo que se podría explicar por un lado a que el TDAH-H es de menor severidad y que con el tiempo tiende a remitir o empeorar (constituyendo un TDAH-C), o bien, que el TDAH-H sea una condición antecedente al desarrollo de TDAH-C, lo cual tiene implicaciones importantes en el tratamiento y la prevención.

Considerar por separado el diagnóstico de TDAH de predominio inatento (TDAH-I): Entre los resultados de algunos estudios que apoyan que el TDAH-I y el TDAH-C son diagnósticos *no relacionados*; están el hecho de que los síntomas predominantes de cada subtipo son distintos (hiperactividad/impulsividad *vs* inatención) y cada subtipo tiene aspectos demográficos diferentes (hay diferencias demográficas entre los niños que desarrollan TDAH-I y los que desarrollan TDAH-C). De esta forma, existe evidencia que sugiere que el TDAH de predominio inatento (TDAH-I) pudiera ser considerado dentro de los trastornos internalizados (como los trastornos depresivos y ansiosos) por su alta comorbilidad; mientras que el TDAH combinado (TDAH-C), tiene mayor comorbilidad con los externalizados (Trastorno disocial y oposicionista desafiante). La respuesta al tratamiento es distinta entre ambos subtipos del trastorno (peor para TDAH-I), por lo que hablar de entidades nosológicas distintas tiene cabida e importancia en el tratamiento y el pronóstico, recordando que el diagnóstico de TDAH-I surgió posterior y dentro del contexto del *subtipo combinado*, previamente validado, y los síntomas de *inatención* se estructuraron de tal manera que pudieran considerarse tanto *por separado* como *formando parte* del subtipo combinado, lo cual cuestiona la validez del constructo del TDAH-I.

Otras propuestas para la subtipificación del TDAH. La presencia de síntomas de inatención e hiperactividad en asociación con déficits específicos, sugieren que debe incorporarse subtipos de TDAH como el de “con alteraciones neuropsicológicas” refiriéndose a los

déficits en las funciones ejecutivas presentes en un subgrupo de los niños, adolescentes y adultos con TDAH, y/o crear subtipos basados en la comorbilidad (como indicador de severidad). También se ha propuesto considerar el TDAH de predominio inatento como un trastorno del aprendizaje cuando lo afecta de forma directa.

Edad de inicio: Los criterios diagnósticos actuales especifican que debe haber *disfunción* antes de los siete años de edad para establecer el diagnóstico de TDAH, sin embargo, cuando el diagnóstico se realiza en la adolescencia y la adultez, no siempre es posible identificar de forma retrospectiva dicha *disfunción previa* aunque sí se identifiquen síntomas desde antes de los siete años y disfunción en la actualidad. Esto es de particular relevancia para los síntomas de inatención, ya que fácilmente se pueden enmascarar y no suelen provocar disfunción hasta estar en un ámbito académico con determinada exigencia. Por otra parte, el criterio de edad de inicio de los síntomas no surgió con base en evidencia empírica, sino derivados del hecho de que “se infería que el TDAH es un padecimiento que comienza en la infancia”.

TDAH en adultos. Si bien el TDAH se consideró de forma inicial como “un padecimiento pediátrico”, se sabe que también se presenta en edad adulta y afecta alrededor de un 4% de la población mayor a 18 años, sin embargo, muchas de las manifestaciones descritas para la edad adulta tienen relevancia en los adolescentes tardíos cuyo funcionamiento es más parecido a la edad adulta que a la pediátrica.

Características de los síntomas: La caracterización del TDAH está diseñada para hacer el diagnóstico en edad pediátrica y deben adaptarse para la edad adulta; por ejemplo, incluir manifestaciones propias de las fallas de atención, la hiperactividad e impulsividad correspondientes a la etapa del ciclo vital, como conducir por arriba de la velocidad límite, dificultad para organizarse y para mantener compromisos, problemas legales, etcétera.

Edad de inicio: En edad adulta, este criterio presenta aún más dificultades que en edad pediátrica por el “sesgo de recuerdo”, es decir, la dificultad para identificar disfunción e incluso síntomas, previos a los siete años de edad. Asimismo, hay estudios que sugieren que puede existir el TDAH de inicio en edad adulta, que tendría menor severidad y estar asociado a síntomas de ansiedad y un espectro de síntomas internalizados, a diferencia de lo

que ocurre en el TDAH de inicio en la infancia (asociado a mayor severidad y problemas externalizados).

Diagnósticos subumbrales: Algunos adultos que no cumplen los criterios suficientes para establecer el diagnóstico de TDAH, experimentan grados similares de disfunción que aquellos adultos con diagnóstico completo de TDAH, por lo que deben ser considerados para su atención.

Subtipo con déficit en las funciones ejecutivas: En adultos con TDAH se han documentado alteraciones para mantener la atención, la memoria de trabajo, la fluencia verbal y la velocidad de procesamiento mental y motor, lo cual puede interferir en su funcionamiento global y establecer una mayor severidad, comparado con pacientes sin alteraciones neuropsicológicas.

Diversos autores sugieren que para la elaboración de los nuevos manuales que dirigen la evaluación, diagnóstico en investigación, como el DSM-V y el CIE-11, es necesario revisar y modificar algunos aspectos esenciales de los criterios diagnósticos para TDAH del DSM-IV y CIE-10, como los ya revisados, sin embargo, el estado actual del conocimiento científico nos da una idea del grado de conocimiento y desconocimiento del trastorno que hoy llamamos TDAH, lo cual tiene implicaciones bioéticas.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Los menores de edad con TDAH requieren ser protegido con tratamiento para prevenir consecuencias sociales, familiares y personales asociadas al trastorno?

¿Qué consideraciones bioéticas deben tomarse en cuenta para dar el tratamiento médico del TDAH en menores de edad bajo el concepto de prevención de las consecuencias asociadas y el conocimiento científico actual sobre el trastorno, respetando la autonomía de los niños y adolescentes?

3. JUSTIFICACION

Desde la medicina se continúa con los avances en investigación en el diagnóstico y tratamiento del TDAH que favorecen el uso de medicamentos estimulantes, considerados en la actualidad como seguros y efectivos. Al mismo tiempo, a pesar de que se está cada vez más cerca de la medicina biológica, el reconocimiento de lo que de actualmente conceptualizamos como trastornos mentales implica inherentemente un componente biológico objetivo y uno subjetivo derivado del ejercicio médico psiquiátrico, que hace no solo difícil, sino inadecuado limitar las expresiones humanas a funciones biológicas sin tomar en cuenta las emociones, las experiencias y el contexto social donde el ser humano se desenvuelve. La base etiológica de los trastornos mentales es multifactorial y en el caso específico del TDAH se reconoce la gran influencia del ambiente, la identificación y la atención oportuna mejoran el pronóstico.

Por la alta prevalencia del trastorno y la disfunción asociada el TDAH es un problema de salud pública no reconocido en México, su alto impacto en el individuo y la sociedad así como las necesidades de atención no cubiertas, vulnera el principio del *interés superior del niño o niña* de la Convención de Derechos de los Niños¹, al no proporcionárseles las condiciones materiales y afectivas que les permitan vivir plenamente y alcanzar el máximo de bienestar posible.

Este principio indica que las sociedades y gobiernos deben de realizar el máximo esfuerzo posible para construir condiciones favorables a los niños y niñas a fin de que puedan vivir y desplegar sus potencialidades. Esto lleva implícita la obligación de que, independientemente a las coyunturas políticas, sociales y económicas, deben asignarse todos los recursos posibles para garantizar este desarrollo.

La atención en salud de los menores es un programa prioritario en México, sin embargo, esta principalmente enfocado en la salud física, la salud mental es un concepto médico y de

¹ *Interés superior del niño o niña* de la Convención de Derechos de los Niños¹, que es entendido como el conjunto de acciones y procesos tendientes a garantizar un desarrollo integral y una vida digna, así como las condiciones materiales y afectivas que les permitan vivir plenamente y alcanzar el máximo de bienestar posible, lo cual esta interferido desde el punto de vista médico por la presencia del TDAH.

salud pública que tiene diferentes connotaciones culturales para la población, la medicalización de la conducta humana, especialmente en la infancia, adquiere especial relevancia al contraponerse los conocimientos científicos con las creencias y preferencias de las personas y otros profesionales de la salud,

La necesidad de conocimiento es imperiosa, así como la búsqueda de puntos de encuentro que lleven al adecuado cuidado de las personas con Trastornos mentales como el Déficit de Atención e Hiperactividad, principalmente en la infancia, ante los principios rectores de su protección y el conocimiento médico de la prevención.

4. OBJETIVO DE INVESTIGACION

Analizar las implicaciones BIOÉTICAS, del conocimiento sociológico, psicológico, médico y jurídico que sustenta el actual paradigma médico de identificación y tratamiento del TDAH en niños y adolescentes.

5. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Analizar brevemente la convergencia de teorías bioéticas: principialista y existencialista, en el tratamiento del TDAH en adolescentes.

Analizar los paradigmas médicos y normas jurídicas que sustentan el tratamiento de los menores de edad con TDAH en beneficio de un bien mayor para el individuo, su familia y la sociedad.

6. DISEÑO DE ESTUDIO

Análisis de textos y análisis de casos.

CAPITULO 1

BASES CIENTIFICAS DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD

EPIDEMIOLOGIA

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es la patología neuropsiquiátrica más común en todo el mundo en la población pediátrica (5.29%), aunque hay diferencias significativas en la prevalencia del TDAH entre países, tanto los abordajes con base empírica de la psicopatología utilizando los reportes de padres, maestros, niños y adolescentes, así como los abordajes basados en entrevistas diagnósticas estructuradas o semiestructuradas, han reconocido la presencia de los factores que constituyen el diagnóstico (inatención, hiperactividad-impulsividad) en más de 21 países, recientemente Polanzyc (2007) y un grupo de investigadores internacionales realizó un meta análisis sobre la prevalencia del TDAH en todo el mundo, la versión fina del reporte incluyó 102 estudios con una población de 171,756 sujetos de todas las regiones del planeta, la prevalencia estimada fue de 5.29%, estas estimaciones se asociaron a una variabilidad significativa entre las regiones, la cual se explicó solo de forma limitada a la localización geográfica y en mayor medida a las limitaciones metodológicas de las investigaciones incorporadas.

Existen diferentes registros publicados y no publicados, sobre la prevalencia de TDAH en población latina en Venezuela, Chile, Argentina, y México que requieren ser corroborados, sin embargo este mismo autor encontró que en el análisis de los estudios latinoamericanos, los niños y adolescentes con TDAH y sus familias tienen un perfil epidemiológico similar al encontrado en estudios internacionales, pero la manifestación sintomática y la respuesta al tratamiento es diferente, la revisión sobre los tratamientos en Latinoamérica mostró que menos del 7% de los niños que son identificados con el TDAH siguen algún tratamiento farmacológico y menos del 23% siguen un tratamiento psicosocial.

COMORBILIDAD

La comorbilidad o presencia de más de un padecimiento asociado al TDAH, es más la regla que la excepción, los pacientes con TDAH de predominio inatento tienden a manifestar mayor comorbilidad con padecimientos ansiosos o depresivos, mientras que los pacientes con TDAH con subtipo mixto o hiperactivo impulsivo tienden a manifestar más problemas como el Trastorno negativista desafiante y Trastorno disocial.

Hasta el 65% de los pacientes con TDAH manifiestan una comorbilidad, en la vida escolar los más frecuentes son trastornos específicos del aprendizaje, en el 30% de los casos (13% trastornos específicos en matemáticas, 14% trastornos específicos del lenguaje y 23% con ambos), y el trastorno negativista desafiante (40%), otras comorbilidades frecuentes son los padecimientos ansiosos (14%) y depresivos (4%).

Hasta el 50% de los niños con TDAH requieren de supervisión pedagógica, 30% reprueba o re cursan años escolares y del 10 al 35% abandonan los estudios escolares.

La comorbilidad se asocia con pronósticos diferentes, de tal forma que el subgrupo comorbido con Trastorno Disocial ha sido considerado como un subtipo de TDAH, estos jóvenes tienen síntomas de TDAH más severos y presentan mayor impulsividad además de un riesgo incrementado de conducta antisocial en la adolescencia y edad adulta. Quienes presentan comorbilidad con ansiedad cometen menos errores por comisión (son menos impulsivos) en los test neuropsicológicos, pero muestran mayor afectación de la memoria de trabajo que los que presentan TDAH sin ansiedad. La comorbilidad con Trastorno por Uso de Sustancias en adolescentes con TDAH se ha encontrado mediada por la presencia de la comorbilidad con Trastorno Disocial.

Juan de 15 años acude referido de la escuela donde cursa el 2do año de secundaria, permaneció 3 meses en centro de rehabilitación de adicciones por consumo de inhalantes, marihuana, cocaína y alcohol desde los 12 años, fue identificado y tratado por TDAH desde los 7 años con irregular apego al tratamiento médico, “mi mamá me trae, quiero que me den mi medicamento para ya ir bien a la escuela, ya no quiero problemas”, al interrogatorio dirigido manifiesta haber asaltado enfrentando a la víctima y utilizando un arma de fuego y un arma punzocortante en varias ocasiones de los 14 a los 15 años, los padres conocen el comportamiento del menor y acuden a la consulta “para que mi hijo ya se porte bien” sic madre.

DIAGNOSTICO

La definición médica del TDAH lo describe como un patrón persistente y marcado de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos con un nivel de desarrollo similar. Para diferenciarlos de un patrón normal de comportamiento estos problemas debe ser crónicos y haber iniciado antes de los 7 años de edad, son generalizados y producirse al menos en 2 situaciones (por ejemplo casa, escuela o trabajo).

No existen pruebas de laboratorio o gabinete que ayuden a hacer el diagnóstico, el diagnóstico es fundamentalmente clínico y depende de la pericia del evaluador, la historia clínica es el único medio del que se dispone actualmente para llegar a un diagnóstico correcto, la información debe ser obtenida a través de multi informantes que incluyen al propio afectado, sus padres o tutores y los profesores.

Las pautas oficiales para realizar el diagnóstico se encuentran en el Manual Diagnóstico y Estadístico para las enfermedades mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana en su versión actual revisada (DSM-IV-TR, por sus siglas en inglés, 2000) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10, 1992). Uno de los objetivos de ambas asociaciones es establecer una definición común de todos los trastornos médicos con criterios específicos para diagnosticar cada trastorno con la finalidad de uniformar los criterios con los que se hace el diagnóstico y recabar datos homogéneos de la enfermedades.

En ambos casos los signos principales se basan en los patrones de desarrollo de los niños y adolescentes y en la observación directa en situaciones que precisan atención. El diagnóstico según DSM IV TR, especifica que se cumplan los criterios a, b, c, d y e. El criterio A requiere que se presenten 6 o más de los síntomas de inatención o 6 de hiperactividad-impulsividad, que se muestran en la tabla 1, con una intensidad que es desadaptativa o incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Tabla I. Criterios diagnósticos actuales del trastorno de déficit de atención/hiperactividad (DSM-IV-TR) [5] y el trastorno hiperactivo (CIE-10) [5].

Desatención (D)	Impulsividad (I)	Hiperactividad (H)
1. A menudo no muestra atención suficiente a los detalles y comete errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades	1. A menudo precipita respuestas antes de haberse completado las preguntas	1. A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
2. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas	2. A menudo tiene dificultades para guardar turno	2. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
3. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente	3. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos)	3. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)	4. A menudo habla en exceso (CIE)	4. A menudo habla en exceso (DSM)
5. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades		5. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
6. A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)		6. A menudo 'está en marcha' o suele actuar como si tuviera un motor
7. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)		
8. A menudo se distrae con estímulos irrelevantes		
9. A menudo es descuidado en las actividades diarias		

El criterio B especifica que los síntomas de hiperactividad-impulsividad o inatención que causan alteraciones, estén presentes antes de los 7 años. El criterio C requiere que las alteraciones provocadas por los síntomas se presenten en 2 o más ambientes (p. ej., en la escuela, en la casa o en el trabajo) El Criterio D, se refiere al deterioro o disfunción y menciona que deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral, y el criterio E o de exclusión solicita que los síntomas no aparezcan exclusivamente en el transcurso de otros trastornos mentales como trastornos generalizados del desarrollo, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, y no se expliquen mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado del ánimo tipo bipolar, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de personalidad).

De esta forma se puede especifica el subtipo de TDAH como de tipo combinado si se cumplen 6 criterios de inatención y 6 de hiperactividad-impulsividad en los últimos 6 meses, tipo de predominio inatento si se cumplen 6 criterios de inatención pero no los de hiperactividad. Impulsividad, y de tipo de predominio hiperactivo-impulsivo si es al

contrario, es decir, se cumplen 6 criterios de hiperactividad impulsividad, pero no los de inatención.

ETIOLOGIA DEL TDAH

Actualmente los estudios neuro científicos apoyan la noción de que el TDAH es un trastorno con base neurobiológica. La hipótesis de que podría tratarse de un problema relacionado con la crianza o el ambiente social, no ha encontrado datos fiables que la sustenten, la existencia del trastorno explicado solo por factores puramente sociales no es válida en la actualidad, pero se reconoce que el trastorno es multifactorial y el ambiente tiene una influencia en su expresión y pronóstico (Barkley, 2006).

A la par del incremento en la identificación del trastorno y los avances tecnológicos, en los últimos años ha existido a un creciente interés en el estudio de la etiología del TDAH, la totalidad de la evidencia indica que los factores neurobiológicos y genéticos juegan un papel sustancial en el origen y la expresión del trastorno, a continuación resumiré algunos de los datos más importantes.

Los estudios neuropsicológicos han encontrado déficits en la inhibición de la conducta, la atención sostenida (tarea de persistencia), resistencia a la distracción y las funciones ejecutivas (internalización del lenguaje, memoria de trabajo verbal, memoria de trabajo temporal y secuencial, la coordinación motora, el “timing” de los movimientos motores finos, autoregulación emocional y motivacional, fluidez verbal y planeación). Es reconocido que las funciones ejecutivas están mediadas por la corteza prefrontal y tienen conexiones con los ganglios basales y el cerebelo, lo que sugiere que estas regiones juegan un papel primordial en el TDAH, lo cual se ha encontrado en estudios de neuroimagen, como lo menciono a continuación.

A lo largo de todo el siglo XX, los investigadores han encontrado consistentemente similitudes entre los síntomas de TDAH y aquellos producidos por lesiones en los lóbulos frontales, específicamente en la corteza prefrontal, que muestran déficits en la atención sostenida, inhibición, regulación de emociones y motivación así como la capacidad de organizar la conducta a través del tiempo, esta evidencia indico el inicio de los estudios que siguieren que al menos en parte el TDAH está asociado con diferencias estructurales y

funcionales de la corteza frontal, los ganglios basales, la corteza cingular anterior y el cerebelo.

Los estudios de neurofisiología cerebral muestran que en el Electroencefalograma hay en los individuos con TDAH una disminución de la respuesta a la estimulación (particularmente en la respuesta a potenciales evocados); así como disminución de la sensibilidad al reforzamiento, un incremento de actividad de bajo voltaje (actividad theta), asociada con somnolencia e inatención, y una disminución de la actividad cerebral rápida (actividad beta), asociada con disminución de la concentración y persistencia.

Los estudios de flujo cerebral sanguíneo muestran un bajo flujo de los lóbulos frontales, el estriado y el cerebelo lo cual que es consistentes con la hipoactividad de estas regiones que se ha encontrado con diversas técnicas de imagen funcional cerebral en individuos con TDAH. Los estudios con tomografía por emisión de positrones son inconsistentes, pero sugieren actividad disminuida en las regiones insular e hipocampal, así como mayor activación de la corteza cingular derecha durante la tarea de toma de decisiones. Los estudios de resonancia magnética indican un tamaño cerebral total menor en individuos con TDAH al compararlo con sus pares sin este diagnóstico, principalmente en el volumen de los lóbulos frontales, ganglios basales y el vermis cerebeloso, principalmente del lado derecho. La reducción de lóbulo frontal derecho también se ha encontrado en hermanos de niños con TDAH que no tienen el diagnóstico. Otra técnica de estudio con resonancia magnética funcional también ha encontrado alteraciones en las mismas estructuras con diferencias de la actividad cerebral típica de la región frontal, ganglios basales y cerebelo.

Los déficits de neurotransmisores específicos no han sido bien establecidos, pero el claro papel de la fisiología de las catecolaminas como la dopamina y la norepinefrina es sugerida a través de la respuesta positiva con el tratamiento para TDAH con estimulantes (inhibidores y agonistas de receptores de dopamina) y atomoxetina (inhibidor de la recaptura de la noradrenalina), así como la distribución de estos dos neurotransmisores en las regiones cerebrales implicadas en el TDAH (ganglios basales y corteza frontal).

Uno de los datos más consistentes que nos orientan a la base biológica del trastorno son los estudios genéticos, de tal forma que actualmente se considera al TDAH como uno de los

trastornos con mayor base genética. Los estudios de familia muestran un riesgo marcadamente elevado de TDAH en los familiares de los niños y adolescentes con TDAH (10-35%), con incremento del riesgo hasta el 55% de que un padre tenga el trastorno si dos de los hijos están afectados. Los estudios de gemelos en amplias muestras de diversos países han encontrado una contribución genética para el trastorno del 50 al 95%, con un promedio del 80%, excluyendo la contribución de factores ambientales comunes o compartidos. Los estudios de genética molecular muestran que el polimorfismo más fuertemente asociado al TDAH es la variante genética D4 de 7 repeticiones que codifica para el receptor de dopamina (polimorfismo DRD4 (48bp) 7+-) y el polimorfismo 1 del gen transportador de dopamina (DAT1 480-bp largo), sin que ninguno de estas variantes genéticas haya podido explicar el 100% de la expresión, por lo que se reconoce que el TDAH es un trastorno poligénico que involucra cuando menos 50 genes.

Dentro de los factores ambientales asociados a un incremento del riesgo para TDAH se han encontrado complicaciones perinatales como madres fumadoras, consumo de alcohol materno, bajo peso al nacer y hemorragia cerebral de pequeños vasos, con menor asociación se ha encontrado los niveles de fenilalanina materna y síntomas persistentes de estrés y ansiedad durante el embarazo.

Con estos datos podemos concluir que el estudio de las causas del TDAH involucra diferentes áreas biológicas y ambientales, dentro de las biológicas las causas genéticas han sido ampliamente analizadas a través de estudios familiares, de gemelos, de adopción, de ligamiento y de genes candidatos; la heredabilidad para este trastorno puede explicar hasta 75 a 80% de la varianza y los genes relacionados de forma más importante han sido los dopaminérgicos. Sin embargo, a pesar de la clara carga biológica del trastorno, los hallazgos no han sido consistentes ni explican el 100% de la expresión del trastorno, la nueva línea de estudio del TDAH implica la interacción gen ambiente, en la actualidad se reconoce que la expresión de un gen esta mediada por el ambiente estudios al respecto muestran por ejemplo, la influencia moderadora de la enzima monoaminoxidas (MAO-A) sobre los efectos de este genotipo en niños maltratados y el ciclo de la violencia, los efectos moderadores del transportador de serotonina (5-HTT) y los efectos del estrés y la depresión, así como los efectos moderadores de la influencia del genotipo de la catecol-o-

metiltransferasa. En el caso del TDAH se ha encontrado que en los casos de tabaquismo materno durante el embarazo los síntomas del TDAH son más severos en individuos homocigotos para el genotipo de la variante larga del alelo 10 del gen transportador de dopamina DAT (10R/10R), pero no en otras variantes, siendo la variante de 9 repeticiones un factor protector en el tabaquismo materno durante el embarazo. Estos estudios van más allá de considerar las variantes genéticas como causa única de la presentación del trastorno y reconocen e integran los datos obtenidos hasta el momento que dan sustento a la base neurobiológica como causa del TDAH.

TRATAMIENTO

El abordaje terapéutico del TDAH debe ser multimodal e interdisciplinario, pese a que se considera el medicamento la piedra angular del tratamiento dada la eficacia mostrada por los medicamentos estimulantes y los no estimulantes para reducir los síntomas principales del TDAH (Inatención, hiperactividad e impulsividad), estos fármacos no disminuyen algunos aspectos de disfunción asociados con el padecimiento, como las habilidades sociales deficientes, la baja motivación en la escuela, el desempeño académico deficiente y el desgaste emocional en los cuidadores primarios. Todas las anteriores son manifestaciones que pueden ser susceptibles de disminuir con las intervenciones psicosociales. El reporte de seguimiento de 14 meses del Multimodal Treatment Approach (MTA) reconoce que la intervención combinada, versus la exclusivamente medicamentosa, mejora síntomas negativistas, agresivos e internalizados, las habilidades sociales reportadas por maestros, las relaciones padres-hijos y el desempeño en la lectura.

El metilfenidato y las anfetaminas se han evaluado como eficaces y seguros para el tratamiento de escolares y adolescentes con TDAH, en al menos un meta análisis, su efectividad se reportó superior a la de los medicamentos no estimulantes. El Metilfenidato cuenta con 57 ensayos clínicos : 42 controlados con placebo, 22 comparados con otro medicamento, 17 comparados con otras formulaciones de anfetaminas, 55 aleatorizados y 41 doble ciego, con evaluación realizada por el clínico y 11 con simulación de resultados en salón de clase. El metilfenidato ha demostrado su efectividad en todos los estudios, con eficacia superior a placebo y otros medicamentos (excluyendo la combinación de

anfetaminas) en los síntomas cardinales del TDAH (inatención, hiperactividad e impulsividad), así como en la mejoría del funcionamiento escolar y familiar.

Los estimulantes están considerados entre los psicotrópicos más eficaces y seguros prescritos en la práctica médica, el uso de estos medicamentos tiene más de 60 años a partir de su descubrimiento en 1937, las anfetaminas y el metilfenidato pertenecen a este grupo.

El Metilfenidato es el medicamento más utilizado para el tratamiento del TDAH fue aprobado para tal uso por la Food and Drug Administration en EUA desde 1960, es un derivado de la piperidina y tiene una acción preferente sobre vías dopaminérgicas, es una amina simpaticomimética que pertenece al grupo de las fenetilaminas y es un análogo ciclizado de las anfetaminas. Es un potente inhibidor de la recaptura de dopamina y noradrenalina, bloquea la captura de estas catecolaminas por las terminales de las células nerviosas; impidiendo significativamente la recaptura en las terminales pre sinápticas e incrementando su disponibilidad en la membrana post sináptica. SE puede encontrar en todos los países latinoamericanos, la forma más común de encontrarlo es en la presentación de acción corta (4 horas de acción), lo que obliga a dar varias dosis a lo largo del día, las presentaciones de liberación larga (8 a 12 horas de acción) solo se comercializan en México, Brasil, Chile y Argentina a un costo muy elevado.

Existen otras opciones farmacológicas además del metilfenidato, útiles en el manejo del TDAH solo o con comorbilidad, como los medicamentos no estimulantes atomoxetina, antidepresivos tricíclicos, agonistas alfa adrenérgicos y modafinilo, la elección del tratamiento adecuado tanto farmacológico como psicosocial debe ser evaluado en forma individualizada e integral.

Los avances en el tratamiento del TDAH en las últimas décadas no solo se han dedicado al uso de fármacos, sino también a la esfera psicosocial y neurocognitiva. Los estudios muestran la mayor eficacia cuando se combinan estrategias multimodales, el abordaje farmacológico utilizado como única forma de tratamiento puede resultar incompleta y se debe incluir también el contexto psicosocial del paciente desde un modelo integral, e incorporar estrategias dirigidas a diseñar un programa individualizado. Sin embargo, la realidad clínica de los países de Latinoamérica apunta a la presencia de condiciones clínicas

(como la presencia de comorbilidades) y condiciones psicosociales (pobreza, pocos especialistas, altos costos de tratamientos, estigma asociado a la enfermedad mental, etc.) desfavorables que limitan el acceso al tratamiento.

Estrategias no farmacológicas que han mostrado evidencia de eficacia para el tratamiento de TDAH son la terapia cognitivo conductual e intervenciones psicosociales con los padres y la escuela.

La evaluación neurocognitiva tiene como objetivo describir las alteraciones que se que se asocian a síntomas cardinales del TDAH como el déficit de integración sensoriomotriz, de percepción visoespacial y de funcionamiento ejecutivo, que requieren de un manejo a través de estrategias, terapias específicas psicopedagógicas, de lenguaje y psicomotoras. La intervención neurocognitiva tiene su base en las teorías del neurodesarrollo, del aprendizaje, de la plasticidad cerebral y de los modelos de neuro-psicología cognitiva. Sin embargo, en la actualidad, el nivel de evidencia acerca de la eficacia de dichas intervenciones no es suficiente para concluir que es una forma de abordaje aceptada para todos los pacientes con este trastorno. El subtipo de TDAH, la edad y la comorbilidad son factores que condicionan la decisión de utilizar estrategias de la esfera cognitiva.

El abordaje psicosocial enfatiza los programas psicoeducativos, ya que ofrecen resultados favorables en la intervención de otras áreas afectadas en el funcionamiento y la adaptación individual, dentro del entorno escolar, social y laboral. Los enfoques de intervención psicosocial están dirigidos al manejo del trastorno, considerándolo como una condición crónica y donde el tratamiento es a largo plazo. El objetivo es el manejo de problemas conductuales y emocionales con entrenamiento a padres y maestros, manejo de contingencias y la combinación de los enfoques previos con manejo farmacológico. Las estrategias de intervención pueden ser diferentes de acuerdo al tipo de dificultad que el paciente enfrente para contender con las demandas del momento.

Los estudios de farmacoeconomía relativos al costo financiero del TDAH han sido concluyentes en EUA sobre el costo beneficio de dar tratamiento multimodal para el TDAH, , se sabe que los niños y adolescentes utilizan con mayor frecuencia los servicios de

salud mental, requieren de educación especial y atención en servicio de urgencias aumentando los costos del cuidado médico, con una aproximación en cuanto a costos, se observó que los pacientes con tratamientos adecuados disminuyeron en forma significativa las consultas de emergencia y las hospitalizaciones en comparación al año anterior. En países latinoamericanos no se han realizado estudios al respecto pero se debe considerar que a diferencia de países desarrollados, los pacientes hacen un mayor esfuerzo para sostener el tratamiento multimodal.

Aun cuando el impacto sobre el estado económico que genera la compra de medicamentos es algo que no se ha evaluado sistemáticamente, los estudios de farmacoeconomía deberán medir el impacto del costo no solo con el gasto público de atención médica, sino los múltiples gastos que generan los cambios frecuentes de escuela, la pérdida cotidiana de material y ropa, el impacto anímico sobre los niños y adolescentes y el efecto sobre la utilización de tiempo de los cuidadores.

EL IMPACTO PSICOSOCIAL DEL TDAH

El impacto psicosocial del TDAH se refiere a aquellos rasgos asociados al trastorno y al nivel de funcionamiento del individuo en la vida escolar, familiar y con los pares, y a la presencia de otros problemas que coexisten con el TDAH.

Además de los síntomas principales, los niños y adultos con TDAH suelen mostrar baja tolerancia a la frustración, crisis explosivas, actitudes mandonas, obstinadas y demandantes, cambios emocionales bruscos, pobre autoestima y rechazo de los que les rodean.

Se les considera flojos, irresponsables y culpables de conductas que no están bajo su control.

Los niños hiperactivos obtienen calificaciones más bajas, reprueban más y sufren más problemas de aprendizaje que sus compañeros de inteligencia similar, sobre todo cuando no reciben los apoyos oportunos.

Los problemas en el funcionamiento de los pacientes con

TDAH se manifiestan en forma diversa en cada etapa de la vida: Se ha visto que a los niños en Etapa Preescolar se les da más órdenes y se les critica y castiga más que a sus pares. Estos niños tienden a ser más agresivos, destructivos y dominantes. Cuando se emplean

castigos duros y críticas constantes sin promover el trato positivo, estos niños pueden empeorar su comportamiento y desarrollar más problemas.

En la etapa escolar, debido a su dificultad para mantener la atención, presentan problemas de aprendizaje y bajo rendimiento a pesar de contar con inteligencia normal. Esto se complica cuando por su hiperactividad e impulsividad trastornan el ambiente del salón de clases, lo cual irrita a los maestros y compañeros. Todo esto puede generar suspensiones, expulsiones y deserción escolar. Como consecuencia, baja su autoestima y sufre la relación entre padres e hijos.

En la adolescencia, además de los problemas en la escuela, pueden ocurrir otros relacionados con la impulsividad y la búsqueda de satisfacciones inmediatas. Por eso tienden a desarrollar una vida sexual precoz con riesgo de embarazo y enfermedades, a experimentar con drogas y a exponerse a experiencias que ponen en peligro su vida, y a presentar conductas auto agresivas cuando se sienten frustrados.

Los adultos con TDAH tienden a, ser menos estables en sus relaciones interpersonales, lo cual propicia cambios de pareja y de trabajo, a accidentes de tránsito son más frecuentes que en la población general. Esto también afecta la dinámica familiar y tiene repercusión en la crianza de los hijos. A veces hay más de un miembro en la familia con TDAH, lo cual puede aumentar las complicaciones; la presencia de un progenitor sano es un factor de protección para los hijos.

En la crianza de los niños con TDAH, los progenitores tienen que hacer un esfuerzo extra para controlar su enojo y no aplicar castigos excesivos ni maltratarlos, en las mujeres este trastorno puede pasar desapercibido y recibir menor atención.

Arlette tiene 13 años, acude a el segundo año de secundaria, fue cambiada de escuela el año anterior por conflictos con sus compañeros “se dijeron de cosas entre las que eran sus amigas por un chico que parece le gustaba a todas, pero a Arlette parece que nada le afecta, dice cosas que lastiman a los demás y como si nada” sic madre. Desde la infancia es descrita como inquieta, berrinchuda, desorganizada, no hace tareas, parece que no escucha, no sigue indicaciones, tiene bajo rendimiento escolar, acosa y maltrata propositivamente a su hermano menor, pelea todo el tiempo con la madre llegando a insultarla y golpear objetos “rompió el parabrisas del auto a patadas porque le estaba pidiendo que se acomodara en el asiento “sic madre, ha recibido psicoterapia individual desde los 8 años, actualmente en psicoanálisis, los padres se encuentran en terapia individual y se están involucrados en la crianza y supervisión de la menor. Se diagnostica TDAH a los 13 años no aceptando tratamiento farmacológico la menor, respetando los padres su decisión.

CONCLUSIONES

El estado actual de la investigación del TDAH ha mostrado que es un problema con base neurobiológica cuyas causas son multifactoriales, la heredabilidad del trastorno es del 80%, pero su manifestación y pronóstico depende de una interacción gen ambiente que aun está siendo estudiada. La alta comorbilidad y las consecuencias personales, familiares, escolares y sociales asociadas al trastorno han sido ampliamente descritas en diversos estudios y la experiencia con el tratamiento farmacológico ha mostrado ser no solo eficaz y seguro, sino que puede disminuir los costos sociales y los sufrimientos individuales y familiares asociados al trastorno.

Se reconoce que la mejor intervención es individualizada, basada en una evaluación con multi informantes, integral y multidisciplinaria, lo cual eleva los costos del tratamiento y lo hace accesible a solo unos pocos en nuestra realidad mexicana, aunque los servicios de salud pública como el IMSS y el ISSSTE cuentan con el medicamento la presentación que predomina no es la mejor disponible en el país, según las guías de tratamiento nacionales e internacionales, para dar un tratamiento farmacológico adecuado y tampoco se dispone de suficientes especialistas en salud mental que puedan dar el tratamiento multimodal necesario.

El poco reconocimiento del trastorno en México y por tanto el pobre acceso al tratamiento en forma oportuna y adecuada de deben en parte al desconocimiento de la base científica que sustenta al TDAH como trastorno neurobiológico y el estigma asociado a las enfermedades mentales, el derecho a decidir debiera estar basado en la información y en la protección de los individuos vulnerables. Sin embargo, la idea de medicalización de la conducta y otras expresiones humanas da lugar a debates éticos frente al tratamiento de los individuos con TDAH.

CAPITULO 2

LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES A LA SALUD Y LA EDUCACION

ASPECTOS DEMOGRAFICOS Y DE SALUD

Las necesidades de atención a la salud de la población mexicana ha variado considerablemente en las últimas décadas, los escenarios demográfico y epidemiológico de los mexicanos se han modificado como consecuencia del desarrollo socioeconómico y educacional, los programas específicos de salud, nuevos estilos de vida y los avances tecnológicos entre muchos otros. En el año 2002 México era ya el undécimo país más poblado del mundo y paso de ser un país predominantemente rural (26%) a un país fundamentalmente urbano (76%), con lo que las necesidades de servicios también cambiaron.

El proceso de transición demográfica como resultado de la disminución de la mortalidad general y del abatimiento de las tasas de fecundidad, ha dado lugar a un país habitado fundamentalmente por jóvenes que dará lugar a un mayor número de personas mayores en un futuro inmediato. El ascenso de las expectativas de vida de los mexicanos se atribuye a la mejoría en las tasas de mortalidad infantil y la disminución de la mortalidad ocasionada por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas.

El aumento en la esperanza de vida al nacer provoca un incremento en la exposición a factores de riesgo, que incrementan la posibilidad de desarrollar enfermedades no transmisibles así como mayor necesidad y demanda de servicios médicos. La variación de exposición a los riesgos conocido como “transición de riesgos” ha cambiado en relación al cambio en los escenarios demográficos y epidemiológicos en México, factores como cambios en los hábitos alimentarios, el sedentarismo, el tabaquismo, el estrés y la obesidad, siempre han estado presentes, pero su importancia se ha incrementado gradualmente en nuestra sociedad.

El panorama de la morbilidad y el cambio de los factores de riesgo han dado lugar al predominio de enfermedades crónicas degenerativas, accidentes, adicciones, enfermedades

mentales y discapacidades, es aquí donde la reflexión acerca de los problemas de salud mental y su magnitud, permanecen desconocidos, pero representan un importante riesgo para la sociedad actual mexicana. La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México de 2003, mostró que el 28.3% de los adultos entre 18 y 60 años ha presentado algún trastorno mental alguna vez en la vida, los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3%) seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los afectivos (9.1%), con una notable diferencia de género al presentar los hombres prevalencias a lo largo de la vida más altas en comparación a las mujeres, quienes tienen mayor probabilidad de presentar trastornos afectivos y ansiosos, mientras los hombres tienen mayor probabilidad de padecer trastornos por uso de sustancias. Los trastorno de ansiedad se reportaron con edades de inicio más temprano y el trastorno de ansiedad de separación y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad los padecimientos más tempranos (5 y 6 años respectivamente).²

Esta misma encuesta reveló que si bien el trastorno con mayor uso de cualquier servicio (especialista en salud mental, médico general, otros especialistas u otros recursos) fue el Déficit de Atención (44%), solamente 1 de cada 10 sujetos con este trastorno mental recibieron atención.

La Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente³ realizada en jóvenes de 12 a 17 años de la Ciudad de México y área metropolitana, mostró una mayor prevalencia y mayor número de trastornos en las mujeres, siendo las fobias específicas y la fobia social las más prevalentes en ambos sexos, la mayor severidad fue encontrada para los trastornos del ánimo en mujeres. Los trastornos que se presentaron en edades de inicio más temprano fueron los trastornos de ansiedad, los trastornos de impulsividad (donde se incluye el TDAH) y los trastornos del ánimo. La prevalencia de TDAH en esta población fue de 1.4 en varones y 1.8 en mujeres.

² Medina-Mora, ME, Borges, G., Lara Muñoz, C., Blanco Jaimes, J., et. al. Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultado de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, Vol. 26, No. 4, agosto 2003, pp. 1-16.

³ Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, ME., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. Cruz, C. Diferencias de Sexo en la Prevalencia y Severidad de Trastornos Psiquiátricos en Adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, Vol. 23, No. 2, Marzo-Abril 2009, pp 155-153

El impacto de los trastornos mentales medido a través de la discapacidad que ocasionan ha mostrado que el efecto de los trastornos del estado del ánimo y de ansiedad es mayor que el efecto de algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas, como la diabetes mellitus, la artritis, la hipertensión arterial, la migraña y otras enfermedades dolorosas consideradas como crónicas, en México el estudio del costo social de los trastornos mentales encontró que al igual que en reportes internacionales, la depresión fue la enfermedad más discapacitante en adultos entre 18 y 60 años, el efecto de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad fue mayor que el efecto de algunas de las enfermedades crónicas no psiquiátricas mencionadas con anterioridad y sobresalió el efecto discapacitante de un trastorno aparentemente poco grave como la fobia social. De las cuatro áreas evaluadas (trabajo, vida social, relaciones sociales y casa) las relaciones con las personas cercanas y la vida social fueron las más afectadas⁴.

La discapacidad se refiere al deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto de cierta edad y sexo en un contexto social, y forma parte del costo social de la enfermedad, la forma como se evalúa tiene implicaciones no solo en los estudios ya mencionados, sino en el diagnóstico mismo de los trastornos mentales, la clasificación internacional de las enfermedades (CIE 10) y el manual diagnóstico y estadístico para las enfermedades mentales (DSM IV) incluyen el criterio “clínicamente significativo” para hacer mención de una discapacidad resultante de un trastorno, sin embargo la forma como la identifica y clasifica es discrepante.

En México no existen estudios epidemiológicos nacionales de la prevalencia de TDAH en niños y adolescentes, sin embargo, al igual que en reportes internacionales se encuentra al TDAH como el diagnóstico más frecuente en población clínica pediátrica. En el 2004 el 84% de los usuarios que acudieron a solicitar atención por primera vez en el servicio de preconsulta del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” entre 6 y 12 años de edad, fue diagnosticado con TDAH, 792 de los 963 pacientes identificados con TDAH manifestaron en el momento de la consulta al menos un síntoma relacionado con impulsividad, inatención o hiperactividad, considerándose de esta forma que la demanda de

⁴ Lara Muñoz, C., Medina-Mora, ME., Borges, G., Zambrano, J. Social Cost of Mental Disorders: Disability and Work Days Lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, Vol. 30, No. 5, Septiembre-Octubre 2007, pp 4-11

atención tuvo relación con el diagnóstico. Los otros motivos de consulta fueron el bajo rendimiento escolar (n=81), depresión identificado por familiares (n=25), problemas de lenguaje (n=12), abuso sexual reportado por el menor (n=10), abuso de sustancias (n=10), autolesiones e intento suicida (n=8) y otros (n=16) que incluyeron datos de enuresis, encopresis, perpetrador de abuso sexual y ansiedad⁵.

En la clínica de la adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr., Ramón de la Fuente Muñiz”, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se encuentra como diagnóstico principal en el 60. 2% siendo uno de los diagnósticos más frecuentes en la población atendida de 13 a 17 años junto con el Trastorno Depresivo Mayor (64.4%), el Trastorno Negativista Desafiante (64.2%), el Trastorno Disocial (33.1%), el Trastorno de Ansiedad Generalizada (29.7%), la Fobia específica (29,4%) y la Distimia (22%)⁶.

La alta prevalencia de los trastornos mentales es cada vez mejor conocida, su impacto en el funcionamiento parece incrementarse al haberse generado una transición de los riesgos a la salud por el incremento de la expectativa de vida, la urbanización y el acceso a los servicios de salud entre otros factores. Los estudios epidemiológicos realizados en México dan cuenta del panorama nacional en la etapa adulta, al mismo tiempo que reconocen la presencia de trastornos mentales de inicio muy temprano en la infancia como el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y la Ansiedad de Separación.

El inicio de trastornos mentales en la infancia predispone a complicaciones y trastornos mentales en la edad adulta, la intervención oportuna y efectiva puede prevenir consecuencias posteriores. A pesar de los avances científicos la detección, tratamiento y canalización a servicios especializados es insuficiente, existe aún un importante estigma social que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre que un paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es considerable⁷. Además hay una

⁵ Sosa Mora, L. Estudio descriptivo sobre la atención de pacientes con trastorno por déficit de atención en una muestra del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. Tesis Especialidad (Especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia)-UNAM, Facultad de Medicina, México, 2004, http://pbidi.unam.mx:8080/login?url=http://132.248.9.195:8080/tesdig2/Procesados_2008/0625841/Index.htm

⁶ Datos estadísticos clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”, México, D.F., enero-diciembre 2008.

⁷ Gater de Almeida, B., Sousa, E., Barrientos, G., Caraveo, J. The Pathways to the Psychiatric Care: A cross Cultural Study. *Psychological Medicine*. Vol. 21, 1991, pp. 761-774.

diferencia de las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios, un estudio del 2002 mostró que mientras la población tiene una definición basada en problemas (laborales, con los hijos o la pareja, enfermedades o muertes en la familia, económicos, etc.), que representan fuentes importantes de estrés, los servicios ofrecen atención basada en diagnósticos psiquiátricos^{8,9}.

En el TDAH como lo muestran los datos del 2004 del HPIJNN, el motivo de consulta en el 80% tuvo que ver con síntomas característicos del TDAH expresados por el familiar o por el paciente como “soy muy inquieto” o “me paro del asiento”, pero un 20% acudió por motivos diferentes incluyendo la disfunción escolar o familiar. En los adolescentes con trastornos de conducta comorbidos al TDAH, el principal motivo de consulta es “me mandaron de la escuela”, lo que indica que la disfunción es principalmente percibida por los padres y los maestros.

El termino disfunción o discapacidad tiene implicaciones médicas, sociales y legales que analizaremos más adelante.

A partir de este escenario epidemiológico realizaremos una breve revisión del marco jurídico nacional que da lugar al derecho a la salud y la educación de los menores de edad, donde uno de los instrumentos de mayor importancia por su relevancia internacional es la Convención de los Derechos de los Niños, sustentada en la Declaración de Derechos Humanos.

LOS DERECHOS HUMANOS Y LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS

Los derechos humanos, producto histórico de múltiples factores políticos, económicos, sociales y psicológicos, están actualmente recogidos en documentos reconocidos por los poderes del Estado (positivados, al ser convertidos y trasladados a una norma jurídica). Son

⁸ Lara, A. Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención. Tesis para obtener el grado académico de Doctor en Ciencias. Facultad de Medicina, UNAM, México, D.F., 2002.

⁹ Berenzon, S. La medicina tradicional urbana como recurso alternativo para el tratamiento de problemas de salud mental. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM, México, D.F., 2003.

considerados fundamentales por su máxima importancia implícita, así como por el proceso de reconocimiento, formalización, protección y nivel de acuerdo mundial que han tenido¹⁰.

De acuerdo a estos cambios históricos y sociales podemos reconocer que los derechos de humanidad o derechos humanos, aparecen en varias generaciones, en la primera de ellas, se plantearon los derechos del hombre y del ciudadano; en la segunda, los derechos económicos y sociales y culturales; y en la tercera y cuarta, los derechos de la familia, del pueblo, de la nación, de las colectividades. En la Constitución Mexicana existen derechos de las cuatro generaciones, el derecho a la protección de la salud, corresponde a un derecho de la segunda generación.

El reconocimiento y valoración de los Derechos Humanos ha tenido cada vez mayor importancia en nuestro país, la reciente reforma del 2011 a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, marca en el artículo 1 el reconocimiento de los Derechos Humanos para todos los individuos, estableciendo garantías para su protección más amplia en todo tiempo y obliga a todas las autoridades a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que la ley establezca. Así mismo, especifica la no discriminación por cualquier causa incluyendo las discapacidades y la condición de salud¹¹.

Los derechos humanos son universales, políticos, sociales, económicos y culturales, pertenecen a todos los seres humanos, incluyendo niños y adolescentes, en *Declaración Universal de Derechos Humanos*, del 10 de diciembre de 1948 cabe destacar, por lo que se refiere a la protección de los menores, sus artículos 1, 2, 16, 25, 26 y 27.¹² Los niños son

¹⁰ Staines, V. G. Legislación y Políticas Públicas. Un caso. Los derechos Fundamentales de la Juventud; en: Bioética, legislación, políticas públicas y derechos Humanos. Graciela Rodríguez, Coord. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. 1ra ed.; México 2004.

¹¹ DECRETO por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. **DOF: 10/06/2011. [http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194486&fecha= recuperado 10/06/2011](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194486&fecha=recuperado%2010/06/2011)**

¹² "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales

considerados jurídicamente menores porque sus derechos particulares requieren y exigen una especial protección, en la que los intereses públicos y privados se entremezclan y confunden, de ello se infiere la necesidad de realizar un mayor esfuerzo y dedicación para lograr la finalidad protectora perseguida.

Desde la consolidación de la revolución francesa y posteriormente de la Revolución industrial, se realizó la constatación progresiva de la desprotección de los menores, pero el inicio de su protección normativa tuvo lugar hasta el siglo XX. La historia de los derechos jurídicos de los niños es una reflexión acerca del paso de considerarlos como objeto de derechos ajenos a su persona, particularmente sus progenitores y su familia, al tratamiento del menor como verdadero sujeto de derecho, al que le es debida una especial protección por su condición de menor de edad.

En los años veintes del pasado siglo podemos encontrar el primer texto y antecedente normativo sobre la protección de los derechos humanos relativos a los menores. Se trata de la *Declaración sobre los Derechos del Niño*, adoptada por la Asamblea de la Sociedad de Naciones en Ginebra el 24 de septiembre de 1924.

La *Declaración de los Derechos del Niño*, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de noviembre de 1959, proclamó el valor y la dignidad del niño como persona humana y la necesidad de otorgarle la debida protección para su crecimiento y desarrollo, el tratamiento de la protección de los menores se hace considerando las siguientes vertientes: los derechos personales y patrimoniales, poniendo énfasis en el medio familiar como el más idóneo para el desarrollo del menor y, por último, prestando atención en la interrelación existente entre los intereses privados y públicos que inciden en la materia.

Treinta años más tarde, el 20 de noviembre de 1989, la Asamblea General aprobó un nuevo instrumento de derechos humanos de los niños, pero esta vez con el carácter de convención de derecho, con poder vinculante y obligatorio cumplimiento para los Estados ratificantes.

necesarios.... Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria.....".
Declaración Universal de los Derechos Humanos Art. 25 y 26

La Convención sobre los Derechos del Niño adoptada y abierta para firma, ratificación o adhesión por la Resolución 44/25 de la Asamblea General de la ONU de 20 de noviembre de 1989 fue ratificada por México el 21 de septiembre de 1990, la Convención reiteró la legitimidad de los derechos humanos de los niños, quienes ahora son reconocidos como seres humanos con igual dignidad que los adultos¹³.

Este documento es el instrumento de derechos humanos más ratificado de la historia. Antes de cumplirse el primer año de su aprobación ya había sido ratificado por más de 179 países. Ningún pacto o convención de derechos humanos ha gozado de tan importante adhesión en tan corto tiempo. (Cano Valle, 2004).

Dentro de los instrumentos de protección de los derechos humanos específicamente de los menores, dos referencias resultan obligadas:

Una de carácter *regional*, como es la *Convención Americana sobre los Derechos Humanos*, aprobada en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, referente a la protección de los derechos humanos en el continente americano, bajo los auspicios de la Organización de Estados Americanos (OEA), en cuyo texto cabe mencionar la especial atención que a los menores se efectúa en sus artículos 17 (protección a la familia), 18 (derecho al nombre) y 19 (derecho del niño).

Y otra referencia de carácter *universal*, como complemento a la *Declaración Universal*, del 10 de diciembre de 1948 y en el marco de la Organización de las Naciones Unidas, es el

¹³ "Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición... todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida... la supervivencia y el desarrollo del niño... Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud... Reducir la mortalidad infantil y en la niñez... Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños... Combatir las enfermedades y la malnutrición... Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal... Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación... Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos... el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación... nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. ... Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales...". **Convención por los Derechos del Niño, Arts., 2, 6, 24, 27, 28, 32 y 34**

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales —con especial mención a los menores en sus artículos 10 a 15—, y el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, ambos hechos en Nueva York el 16 de diciembre de 1966 —con especial mención a los menores en sus artículos 23 y 24—, que con el tiempo se han convertido en pieza básica de la estructura general de protección internacional de los derechos humanos. (Millares, S. 2004)

En una reseña breve el Pacto de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas reconoce que los niños tienen derecho a la vida y supervivencia; a un nombre y una nacionalidad y a conocer a sus padres: a la identidad; a no ser separado de sus padres, salvo exigencias fundadas; a entrar y salir de un país; a la libertad de expresión; a la libertad de pensamiento, conciencia y religión; a la libertad de asociación y de reunión pacífica; a la no injerencia en su vida privada, familiar y correspondencia, honra y reputación; al acceso a la información; a la crianza, y desarrollo a cargo de sus padres; a la protección contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental; a la protección especial del Estado, en casos de abandono o desamparo; a la adopción; al estatuto de refugiado, etcétera.

El Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala que los niños tienen derecho a la asistencia sanitaria, especialmente para los minusválidos o impedidos; derecho al más alto nivel posible de salud y a la asistencia médica; derecho a la nutrición; a la seguridad social; a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social; derecho a la educación en todos sus niveles y perspectivas, para el desarrollo de su personalidad, y respeto a los derechos humanos, la paz, la tolerancia, la igualdad; derecho al medio ambiente; derechos de la infancia de las minorías étnicas, religiosas o lingüísticas; derecho al descanso y al esparcimiento; derechos relativos al trabajo.

Hasta aquí, hemos revisado los derechos fundamentales de los seres humanos, y en especial de los menores al considerárseles objeto de protección especial por ser un grupo especialmente vulnerable. Sin embargo, no podemos dejar de lado que los jóvenes de la actualidad y los de generaciones futuras son seres humanos en un nuevo contexto cultural y productivo, cuya salud, medio ambiente y expectativas de desarrollo marcan nuevos

contornos del concepto dignidad, así como nuevos espectros de participación de los diversos actores del poder.

El desarrollo de los propios derechos humanos, ahora insertos en una cuarta generación, plantea más un enfoque posmoderno, presentando matices de lo absoluto y lo relativo: vida digna- muerte digna; derechos de todos-derechos de grupos específicos, vulnerables o especialmente sujetos a protección; instituciones para todos con metodologías específicas de acuerdo a los entornos socioeconómicos; antropocentrismo ambientalismo. En esta constelación de normas jurídicas, valores y prioridades cambiantes, ¿dónde podemos ubicar al segmento de los jóvenes y sus necesidades?.

En el documento oficial de la sesión especial en favor de la Infancia de la Asamblea General de las Naciones Unidas, del 2002 se hace hincapié en escuchar a los niños y asegurar su participación, aseverando *“los niños y los adolescentes son ciudadanos valiosos que pueden ayudar a crear un futuro mejor para todos. Debemos respetar su derecho a expresarse y participar en todos los asuntos que los afecten según su edad y madurez”*; es en este texto donde por primera vez se hace una referencia oficial a los adolescentes separándolo de los niños, a la par de que se abre la necesidad de darles una voz en las decisiones que les atañen. Para este y otros fines se aprobó el Plan de acción que entre otras cosas reconoce en el punto 19 la necesidad de crear un mundo apropiado para los niños, la necesidad de acceso a tecnología que les ayude a responder con eficacia a los desafíos y les brinde oportunidades frente a la mundialización e interdependencia. Mención especial se realiza en el punto 20 y 21 a la discriminación y las acciones para la atención de la discapacidad, donde se pueden inscribir necesariamente los trastornos mentales y en especial el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad por ser una entidad nosológica considerada como discapacitante¹⁴.

¹⁴ *“La discriminación genera un círculo vicioso de exclusión social y económica y compromete la capacidad de los niños para desarrollarse plenamente. Haremos todo lo posible por eliminar la discriminación contra los niños, tanto si se basa en la raza como en el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otro tipo, el origen nacional, étnico o social, la propiedad, la discapacidad, el nacimiento o cualquier otra condición del niño o de sus padres o tutores legales”, “Tomaremos todas las medidas necesarias para que los niños con discapacidad y los niños con necesidades especiales disfruten plenamente y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluido el acceso a la salud, a la educación y a los servicios de esparcimiento; para velar por su dignidad; para fomentar su independencia; y*

A partir de estos documentos se desprende el cada vez mayor reconocimiento de necesidades de los jóvenes más allá de la integridad corporal y la salud física, se empieza a hablar de la necesidad de proporcionarles herramientas que les permitan tener igualdad de oportunidades en el momento histórico actual. Oportunidad que es ampliamente reconocido que está limitada en el caso de los niños y adolescentes con TDAH.

CASO CLINICO

Cursó la primaria en cinco escuelas debido al bajo rendimiento escolar, obtuvo un promedio general de 6.5 Ingresó al primer año a los 6 años, debido a las bajas calificaciones tuvo que cambiar de escuela. A decir de la madre las maestras le referían que a Frida le costaba trabajo concentrarse, poner atención en clase, se distraía fácilmente, no prestaba atención a los detalles que requerían las actividades asignadas e incurría en errores debido a esto, parecía no seguir adecuadamente las instrucciones y no terminaba las actividades escolares que le pedían. La madre refiere que frecuentemente le era difícil organizar sus tareas escolares y actividades asignadas en casa, haciéndolas en desorden y sin cuidado. Era muy introvertida, solitaria y casi no hablaba “me gustaba estar sola en el recreo, casi no tenía amigos” sic pac. Frecuentemente perdía objetos como mochila, lápices, cuadernos y ropa como el sweater del uniforme. Al leer omitía signos de puntuación, “cuando leía era muy lenta, siempre se enojaba cuando tenía que realizar una lectura y aún le cuesta trabajo” sic madre; Frida niega que actualmente tenga dificultades para leer. Al escribir cambiaba las letras d por b, a por o; esto continuó hasta sexto de primaria y ocasionó que la paciente fuera víctima de burlas por parte de sus pares. En segundo año ingresó a otra escuela donde reprobó matemáticas, las maestras referían que la paciente no era participativa, era callada, apática, tímida, no contestaba y muy distraída. De tercero a quinto año estuvo en otra escuela, donde continuó con problemas de sociabilización, era poco participativa, “Frida me decía dichas acusaciones” sic madre, persistían las deficiencias en atención, no terminaba sus tareas o actividades y problemas de lectura “cuando leía se trababa, no respetaba puntos, comas, acentos, nada, incluso le llegamos a pegar por esto y Frida se jalaba los cabellos porque no quería hacerlo” sic madre. A decir de la madre presentaba problemas de coordinación detectados en algunos ejercicios que llevaba a cabo en gimnasia, la cual practicó desde los 9 hasta los 14 años, así como dificultad para diferenciar entre izquierda y derecha que persiste hasta la actualidad. En cuarto y quinto año la paciente se negaba a asistir a la escuela, continuaban los problemas de sociabilización, y de distracción previamente mencionados. Realizó sexto año en dos escuelas distintas debido a que reprobó español y matemáticas.

para facilitar su participación activa en la comunidad”. Documento oficial de la sesión especial en favor de la Infancia de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 2002. www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_build-wffc-sp.pdf

EL INTERÉS DEL MENOR COMO CONCEPTO JURÍDICO INDETERMINADO Y EJE CENTRAL DE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DEL MENOR.

La *Convención* a los derechos de los menores se irradia a todos los Estados Parte y a la comunidad internacional. Su observancia obliga a todos, Estados y particulares, que tienen encomendado garantizar los derechos de los menores, incluso los que resulten no estar incluidos en la *Convención de 1989*. La *Convención* es considerado un soporte jurídico fundamental para seguir construyendo mecanismos de protección de los menores, internacionales e internos, y su incidencia se irradia en todos los ámbitos del derecho, público y privado, contribuyendo así a la consolidación de un Derecho autónomo de menores.

Sin embargo, la noción de *interés del menor* en sus múltiples manifestaciones y con sus diversas expresiones (beneficio del menor, mejor y mayor protección de la infancia) es un *concepto jurídico indeterminado* de muy estimable valía y utilidad derivado de la *Convención de 1989*.

En México la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas¹⁵, Niños y Adolescentes publicada el 29 de mayo de 2000, tiene por objeto garantizar a los menores de edad la tutela y el respeto de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución. En el artículo 4 señala que de conformidad con el principio de interés superior de la infancia, las normas aplicables a los menores de edad se entenderán dirigidas a procurarles, primordialmente, los cuidados y la asistencia que requieren para lograr un crecimiento y desarrollo plenos dentro de un ambiente de bienestar familiar y social. Así como es obligación de ascendientes, tutores y custodios la asistencia apropiada a madres, padres, tutores o personas responsables para el desempeño de sus facultades (Art 10), señalando la no discriminación por ningún motivo incluyendo la discapacidad (art. 16) y la adopción de medidas dirigidas a proteger a niñas, niños y adolescentes que se encuentren en circunstancias especialmente difíciles por estar carentes o privados de sus derechos (art. 17), los estados deberán mantenerse coordinados con la finalidad de asegurarles asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y rehabilitación de su salud (Art. 28), con énfasis en que los

¹⁵ LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo de 2000

menores con discapacidad reciban la atención medica (art. 31) y educativa (art. 32) apropiada a su condición.

LOS DERECHOS DEL PACIENTE.

LOS DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL Y REGLAMENTACIONES QUE APLICAN

En el sistema jurídico mexicano el derecho a la salud está incluido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo primero, se establecía el derecho de toda persona a disfrutar de las garantías que otorga la Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y condiciones reconocidas en el propio texto constitucional, modificándose recientemente para establecer el reconocimiento de los Derechos Humanos para todos los individuos, estableciendo garantías para su protección más amplia en todo tiempo y obliga a todas las autoridades a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

La organización mundial de la salud señala que la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social de la mayor importancia. En nuestro texto constitucional, y motivado precisamente por las exigencias internacionales en materia de salud, México adicionó en el año 1983, un párrafo al artículo 4to que establece que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforma a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución.

Con esto, México se ajustaba a los lineamientos de los organismos internacionales, principalmente la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud; así como para estar de acuerdo con los principios enunciados en los convenios internacionales de los derechos humanos ratificados por México.

El último párrafo del artículo cuatro de la Constitución Federal señala que es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas. Con esto, la Constitución hará extensivo el derecho a la salud también para los menores de edad, incluso para aquellos que padezcan alguna enfermedad mental. A nivel constitucional no existe una definición acerca de lo que es salud y en qué consiste este derecho. Solamente lo deja enunciado para que la ley reglamentaria especifique la práctica y ejercicio del mismo.

La ley encargada de desarrollar los principios enunciados en el artículo 4 constitucional es la Ley General de Salud, promulgada el 7 de febrero de 1984, modificada el 14 de julio de 1991, en la cual “al señalarse las finalidades del derecho de protección a la salud, se asume ésta como un factor determinante para el desarrollo integral del ser humano y por tanto de la sociedad”

En el caso de los enfermos mentales el cumplimiento de la igualdad es preciso para que las leyes otorguen en tratamiento objetivo y preciso a la sociedad, la existencia de normas que tienden a proteger y fomentar la vida de los discapacitados (en este caso los enfermos mentales) pretende colocar en un plano de igualdad a quienes poseen una deficiencia física o mental.

DERECHOS DE LOS ENFERMOS MENTALES EN LA LEGISLACION POSITIVA MEXICANA

LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE ENFERMOS MENTALES

Dicha legislación en referencia expresa a disposiciones sobre las incapacidades mentales en el artículo 2 señala que el derecho a la salud tiene las siguientes finalidades:

El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades

La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana

La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de las condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.

La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.

El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan, eficaz y oportunamente, las necesidades de la población.

El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.

El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Estos lineamientos generales de la política general de salud son la base para la reglamentación a las relativas de manera especial a los enfermos mentales, recogidas en el título tercero, capítulo VII con el título de “salud mental”. El artículo 3, señala que, en los términos de esta ley, es materia de salubridad general:

La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III, y IV de esta ley.

La atención médica preferentemente en beneficio de los grupos vulnerables.

La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II.

LA SALUD MENTAL

Es el artículo 72 el que de manera expresa se refiere a las enfermedades mentales, estableciendo que “la prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario”.

Se basa en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

De este artículo se desprende que las políticas de prevención tienen carácter de prioritarias, el objetivo central es preventivo antes que curativo. Dicha prevención en materia de enfermedades mentales se desarrollará en los niveles de detección de causas que producen las enfermedades referidas, así como las posibles medidas a adoptar para su prevención.

Políticas adicionales a la prevención son las que se establecen en la misma ley reglamentaria en el artículo 4 constitucional, el cual señala: “Artículo 73: Para la promoción de la salud mental, la Secretaria de Salud, las Instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentaran y apoyaran:

El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y la juventud.

La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental.

La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia.

Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

El sector coordinado por la Secretaria de Salud está integrado por los siguientes organismos; El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

El artículo 73 establece como una de las medidas más importantes la promoción de la salud mental por parte del gobierno federal, el desarrollo de actividades educacionales dirigidas preferentemente a la infancia y juventud, con el objeto de potencializar las facultades psicomotrices de los infantes, así como sus aficiones a las actividades recreativas y socioculturales.

El artículo 74 hace referencia a la atención de las enfermedades mentales:

La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermedades mentales crónicas, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas

La organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.

El artículo siguiente establece que los internamientos de personas con padecimientos mentales en establecimientos destinados a tal efecto, se ajustaran a principios éticos y sociales, además de los requisitos científicos y legales que determine la Secretaría de Salud y establezcan las disposiciones jurídicas aplicables. La mayor parte de la legislación que especialmente trata los problemas sanitarios relacionados con los enfermos mentales, la encontramos en las llamadas normas técnicas, que no son sino reglamentaciones específicas en el tratamiento de determinadas materias, en este caso, los pacientes psiquiátricos.

La Norma Técnica número 144, para la Prestación de Servicios de Atención Médica en Hospitales Psiquiátricos en su artículo 7, establece los programas de atención que en los Hospitales psiquiátricos se dan:

Tratamiento médico, psicológico y social, de acuerdo a los principios científicos y éticos de la práctica psiquiátrica

Dirección en el manejo de diagnóstico y de la información confidencial

Alimentación adecuada en cantidad y calidad

Ambiente que promueve la participación activa del paciente

Relación entre el personal y los pacientes basada en el mayor respeto a estos últimos; en su persona, sus derechos y sus pertenencias

Mecanismos de comunicación entre pacientes y autoridades del hospital para resolver peticiones y quejas de los primeros en lo que tengan de justas y razonables

La preservación y fomento de los hábitos de cuidado de personas y de relación social

El artículo 16 de esta norma técnica señala que las actividades de rehabilitación psicosocial, tienen por objeto proporcionar orientación y apoyo al paciente y sus familiares para favorecer la reinserción del primero en la vida familiar, laboral y social.

La Norma Técnica 195 para la prestación de Servicios de Salud Mental en la Atención Primaria a la Salud, tiene por objeto uniformar la actitud y los criterios de operación del personal del Sistema Nacional de Salud, en relación con la prestación de servicios de salud mental en atención primaria a la salud, en el artículo 3 define la salud mental como “la ausencia psicopatológica y, en su sentido más amplio, despliegue óptimo de las potencialidades individuales para el bienestar, la convivencia, el trabajo y la recreación”

Define la atención primaria de la salud mental en el artículo 4 como el conjunto de actividades que son llevadas a cabo por el personal de salud en el seno de la comunidad, son la participación activa de sus miembros, en el contexto de la atención primaria integral y con la orientación predominante de carácter preventivo

El artículo 6 señala que dicha atención primaria comprenderá actividades preventivas, curativas y de rehabilitación psicosocial, las actividades preventivas son promoción, educación, detección y manejo oportuno de casos.

En el artículo 9 se señala que la educación será proporcionada por el personal de salud, el cual estará capacitado en temas de salud mental y se dirigirá en general y a grupos específicos de padres, parejas, maestros, adolescentes, con el propósito de desarrollar actitudes que promuevan la salud mental mediante las siguientes acciones:

Discusión en grupo, acerca de los conceptos fundamentales de la salud mental en el área de desarrollo psicológico de los niños y sus desviaciones con énfasis especial en:

El retraso mental, en las discusiones para el aprendizaje y los problemas de conducta

Los problemas de los adolescentes, particularmente en relación con la violencia, el consumo de drogas, el abuso de alcohol y tabaco, en el manejo de vehículos y la procreación irresponsable

Examen de los problemas de convivencia y relación en el seno de las familias, las consecuencias del abandono, el maltrato y la explotación de los menores.

El artículo 10 establece que cuando una enfermedad es detectada a tiempo, su tratamiento se lleva a cabo en las unidades de salud y en el seno mismo de la comunidad, a través de la consulta médica que incluye el examen de las funciones cognoscitivas, afectivas y de relación; la referencia por los maestros y otros agentes sociales; la aplicación de instrumentos psicológicos especiales: cuestionarios, encuestas, entrevistas diseñadas con fines específicos y visitas domiciliarias.

LA DISCAPACIDAD Y EL TDAH

Según estadísticas de la ONU, en el mundo viven 650 millones de personas con alguna discapacidad física, intelectual o sensorial, es decir, el 10% de la población mundial, el 13 de Diciembre de 2006 fue adoptada por la asamblea general de las Naciones Unidas la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ¹⁶ que prevé medidas, tanto de no discriminación como de acción positiva, que los estados deberán implantar para garantizar que las personas con discapacidad puedan disfrutar de sus derechos en igualdad de condiciones que las demás personas. La Convención compromete a los países que la ratifiquen a reconocer que todas las personas son iguales ante la ley y a prohibir cualquier tipo de discriminación en razón de la discapacidad.

¹⁶ *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* Aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.

México firmó el convenio el 30 de marzo de 2007 y lo ratificó el 17 de diciembre de 2007, interponiendo una declaración interpretativa al artículo 12¹⁷, considerando que si dentro de la legislación mexicana hay una ley que proteja más ampliamente los derechos de las personas con discapacidad, el juez aplicará esa ley en lugar de aplicar lo expresado en la convención.

No hay una definición universalmente aceptada de discapacidad en la convención, el artículo 1 señala *“las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”*.

Dentro de los principios generales (artículo 3) señala el respeto a la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la independencia y la libertad para decidir lo que les afecta así como el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y su derecho a preservar su propia identidad, también especifica el derecho a la educación (art. 24), al trabajo y al empleo (art. 27).

En México se aprobó la ley general para la Inclusión de las Personas con Discapacidad¹⁸ en mayo de 2011 reconociendo sus derechos humanos y el establecimiento de las políticas públicas necesarias promover, proteger y asegurar su pleno ejercicio y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad, en la búsqueda de asegurar su plena inclusión a la sociedad en un marco de igualdad y equiparación de oportunidades. Para este fin define a una persona con discapacidad a *“toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que la interactuar con las barreras que le impone el terreno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones que los demás”*.

¹⁷ artículo 12, párrafo 2, que dice: “Los Estados parte reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.”

“Consecuentemente, con la absoluta determinación de proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, los Estados Unidos Mexicanos interpretan el párrafo 2 del artículo 12 de la Convención, en el sentido de que en caso de conflicto entre dicho párrafo y la legislación nacional habrá de aplicarse —en estricto apego al principio pro homine— la norma que confiera mayor protección legal, salvaguarde la dignidad y asegure la integridad física, psicológica, emocional y patrimonial de las personas.”

¹⁸ Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. *Nueva Ley DOF 30-05-2011*

El TDAH es considerado como una discapacidad en Estados Unidos y por tanto los individuos que lo padecen deben ser considerados e identificados para su atención, evaluación y no discriminación, la protección básica del TDAH y otras discapacidades es resultado de el extenso movimiento de los derechos civiles en ese país en los años cincuenta y sesenta del siglo pasado, que llevaron al mayor reconocimiento de los derechos de las minorías, incluyendo las personas con discapacidades. Tres se consideran leyes fundamentales en la protección de los niños y adultos con TDAH: la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Educación de Individuos con Discapacidades de 1975 y la Ley de Norteamericanos con Discapacidades de 1990¹⁹.

La primera protección legal importante adoptada en beneficio de las personas con discapacidades fue la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973. La Sección 504 prohibía la discriminación basada en la discapacidad y requería que a las personas con discapacidades se les proporcionaran “adaptaciones razonables” que les permitieran participar en igualdad de condiciones en los programas cubiertos por la ley. La Sección 504 proporciona protección a cualquier persona con algún impedimento físico o mental que limite sustancialmente una actividad importante de la vida, también protege a personas con un historial de discapacidad, tales como aquellas que han tenido una enfermedad grave de la que se han recuperado, personas que se consideraban portadoras de una discapacidad, aunque no tengan en realidad una condición que dé lugar a un deterioro de una actividad importante de la vida, por ejemplo, una persona que es VIH positiva pero que no tiene síntomas que hagan que se le discrimine, sobre la base de la percepción de que son discapacitadas, aunque su condición no esté limitando sus actividades cotidianas.

Al comienzo de los años setenta el Congreso de los Estados Unidos promulgó la ley que obligaba a la provisión de servicios de educación especial a todos los niños identificados con discapacidades en las escuelas públicas. La nueva ley, llamada ahora Ley de Educación de Individuos con Discapacidades (IDEA: Individuals with Disabilities Education Act) establecía que las escuelas públicas debían identificar a todos los niños en quienes se

¹⁹ Cohen, M. A Guide to Special Education Advocacy - What Parents, Advocates and Clinicians Need to Know, Jessica Kingsley Press, 2009.

Protección legal básica para las personas con TDAH y otras discapacidades en los Estados Unidos. http://www.deficitdeatencionperu.org/index2.php?option=com_content&task=view&id=2. Recuperado el 29/09/201.

sospecharan discapacidades, efectuar evaluaciones exhaustivas y multidisciplinarias de los niños en quienes se sospecharan discapacidades, y proporcionar a todos los niños en quienes se hubieran establecido discapacidades una “educación pública adecuada y gratuita en el entorno menos restrictivo.”

A fin de tener derecho a las protecciones legales, la ley mencionada exigía que el niño cumpliera con los criterios de una de las trece categorías de discapacidad reconocida por la ley. En 1991, el Gobierno de los Estados Unidos decidió que el TDAH debía ser reconocido normalmente como cubierto por la IDEA, por lo que se estableció que a los niños con TDAH se les podría proporcionar protección contra la discriminación en las escuelas públicas bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación. Bajo esta misma sección las personas con TDAH y otros trastornos neurobiológicos tienen derecho a protección puesto que el pensamiento es considerado una actividad importante de la vida.

Actualmente bajo la ley federal IDEA (Individuals with Disabilities Education Act²⁰) se considera que millones de niños con discapacidad reciben servicios especiales diseñados de acuerdo a sus necesidades únicas, para los niños y jóvenes (de los 3 a los 21 años de edad) los servicios de educación especial y servicios relacionados son proporcionados por medio del sistema escolar, los Estados son responsables de cumplir las necesidades especiales de estos niños. Se definen 13 discapacidades que incluyen trastornos psiquiátricos como el autismo y los trastornos emocionales, el TDAH se identifica dentro del rubro “otro impedimento de salud” junto con asma, diabetes, epilepsia, cardiopatías, hemofilia, leucemia y otras enfermedades médicas no psiquiátricas.

Esta protección de individuos discapacitados en materia de educación varía considerablemente en la educación postsecundaria²¹, pues aunque continúa protegiéndolos de la discriminación, ya no es obligatoria la gratuidad de la educación, la escuela tiene que hacer ajustes académicos adecuados según la discapacidad pero el ingreso será supeditado

²⁰ Categorías de Discapacidades Bajo la Ley IDEA. *publicación del NICHCY diciembre de 2009. NICHCY: www.nichcy.org*

²¹ Departamento de Educación de los Estados Unidos. Preparación para la educación postsecundaria para los estudiantes con discapacidades: Conozca sus derechos y responsabilidades. Oficina para los Derechos Civiles. Segunda impresión en mayo de 2004. Revisado en abril de 2007. <http://www2.ed.gov/print/about/offices/list/ocr/transition-sp.html>
Recuperado el 29/09/2011
<http://www.ed.gov/ocr/transition-sp.html>.

al cumplimiento de los requisitos esenciales de la escuela, los ajustes académicos pueden incluir medios auxiliares y modificaciones a los requisitos académicos que sean necesarios para asegurar la igualdad de oportunidad educativa, por ejemplo la inscripción prioritaria, la reducción de la carga académica, la sustitución de una asignatura por otra, los intérpretes de lenguaje de señas, la extensión del tiempo de exámenes, entre otros. A diferencia de la educación básica, la escuela no tiene la obligatoriedad de identificar la discapacidad ni sus necesidades y es una decisión personal que el individuo lo haga saber presentando documentación de un especialista, que señale el método de diagnóstico y como la discapacidad afecta una actividad importante de la vida y el desempeño académico.

Las protecciones de la IDEA y de la Sección 504 permiten a los niños con TDAH recibir apoyos adicionales en la escuela pueden incluir instrucción especializada dentro de las clases regulares, participación en clases especiales cuando sea necesario, ayuda con las habilidades organizativas, tiempo extra para tareas de la casa y para completar exámenes, ubicación preferencial en el salón de clase, posibilidad de realizar examen en un salón tranquilo, supervisión para la administración del medicamento en la escuela, o aun, para niños con necesidades severas la posibilidad de que un adulto pueda asistirlo en clase.

Los niños con TDAH también pueden ser elegibles para el desarrollo de un Plan de Intervención Conductual, dirigido a ayudarlos a aprender comportamientos positivos y apropiados, y para exponer los pasos terapéuticos a tomarse si tienen problemas de conducta.

En 1990 la Ley de los Norteamericanos con Discapacidades (LND) amplió la protección de los derechos civiles de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida, incluyendo servicios y empleos gubernamentales y dentro de compañías e instituciones privadas. En el 2008 el Congreso expandió la definición de discapacidad al dejar en claro que un impedimento físico o mental incluye problemas en el pensamiento, en la concentración o en prestar atención.

Bajo la LND, los adultos con TDAH tienen derecho a razonables adaptaciones en el empleo, incluyendo aspectos como ambientes tranquilos, ayuda en la organización y reasignación en el trabajo a tareas que proporcionen más estructura o expectativas claras.

Esta ley también proporciona más protección a las personas con TDAH cuando hacen exámenes de admisión a las universidades, las ayuda con la organización y las adaptaciones en los exámenes en la universidad, y en los exámenes para recibir licencias profesionales.

En México la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad¹⁶ menciona el uso de “Ajustes Razonables” entendiéndose por esto las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos y libertades fundamentales. De igual forma especifica la “Educación Especial” como destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como a aquellos con aptitudes sobresalientes. Atenderá a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social incluyente y con perspectiva de género, la educación inclusiva propicia la integración de personas con discapacidad a los planteles de educación básica regular, mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos.

Especifica además en el artículo 7, el derecho de las personas con discapacidad a gozar el más alto nivel de salud, rehabilitación y habilitación previendo Elaborar e implementar en coordinación con la Secretaría de Educación Pública programas de educación, capacitación, formación y especialización para la salud en materia de discapacidad, a fin de que los profesionales de la salud proporcionen a las personas con discapacidad una atención digna y de calidad, sobre la base de un consentimiento libre e informado.

El artículo 12 en materia de Educación especifica la admisión gratuita y obligatoria así como atención especializada en centros de desarrollo infantil, guarderías públicas y privadas, ingreso a educación inicial y preescolar no condicionada, proporcionar materiales y ayudas técnicas, en braille y sistema de señas, no haciendo mención a otras adecuaciones para otras discapacidades, incluyendo las mentales.

Por su lado la Ley General de Educación²², cuya última reforma fue realizada en junio de 2011, menciona en el artículo 2 que todo individuo tiene derecho a recibir educación, con solo satisfacer las disposiciones generales aplicables. Todos los habitantes del país deben

²² Ley General de Educación 1993, última reforma publicada DOF 21-06-2011

cursar la educación preescolar, la primaria y la secundaria, siendo por tanto obligatoria (Art. 4) y gratuita (Art. 6). En materia de equidad en la educación menciona que se otorgarán apoyos pedagógicos a grupos con requerimientos educativos específicos tales como programas encaminados a recuperar retrasos en el aprovechamiento escolar de los alumnos (art. 33 fracción V), y manifiesta que el sistema educativo comprende la educación inicial, la educación especial y la educación para los adultos.

La reforma del 2011 incluye en el artículo 41 que la educación especial está destinada a personas con discapacidad, transitoria o definitiva, así como a aquellas con aptitudes sobresalientes. Atenderá a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social incluyente y con perspectiva de género. Tratándose de menores de edad con discapacidad, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular, mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos. Para quienes no logren esta integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva, para lo cual se elaborarán programas y materiales de apoyo didácticos necesarios.

De importante mención es la reforma al artículo 75 realizada en el 2010, posterior a una importante presión de padres de hijos con TDAH, que impacto en el manejo, reconocimiento y canalización de los individuos con TDAH, este artículo en su fracción señala que son infracciones de quienes prestan servicios educativos los siguientes:

XIV.- Administrar a los educandos, sin previa prescripción médica y consentimiento informado de los padres o tutores, medicamentos que contengan sustancias psicotrópicas o estupefacientes;

Fracción adicionada DOF 17-04-2009. Recorrida DOF 19-08-2010

XV.- Promover en los educandos, por cualquier medio, el uso de medicamentos que contengan sustancias psicotrópicas o estupefacientes, y

Fracción adicionada DOF 17-04-2009. Recorrida DOF 19-08-2010

XVI.- Expulsar o negarse a prestar el servicio educativo a niñas, niños y adolescentes que presenten problemas de aprendizaje, condicionar su aceptación o permanencia en el plantel a someterse a tratamientos médicos específicos; presionar de cualquier manera a los padres o tutores para que acudan a médicos o clínicas específicas para la atención de problemas de aprendizaje de los educandos.

Fracción adicionada DOF 17-04-2009. Recorrida DOF 19-08-2010

EL TEMA DE LA DISCAPACIDAD

El modelo médico considera que la discapacidad es de origen bio-médico. En este modelo, las consecuencias de la enfermedad, definidas como deficiencias, fueron interpretadas y clasificadas, aplicando el modelo de enfermedad tradicionalmente utilizado en las ciencias de la salud.

La discapacidad adquiere la connotación de síntoma, siendo por lo tanto descrita como una desviación observable de la normalidad bio-médica de la estructura y función corporal-mental que surge como consecuencia de una enfermedad, trauma o condición de salud, y ante la que hay que poner en marcha medidas terapéuticas o compensatorias, generalmente de carácter individual.

El tratamiento de la discapacidad bajo este contexto se realiza a través de una intervención individual de carácter médico y está encaminado a lograr la cura o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial y por consiguiente, la respuesta principal es reformar o fortalecer las políticas de atención a la salud.

Como contraparte, el Modelo Social de la Discapacidad²³ postula que la discapacidad es resultado de las limitaciones impuestas sobre las personas con alguna deficiencia o limitación, por las actitudes y posturas sociales, culturales, económicas y por las barreras impuestas para lograr su participación en la sociedad. Se plantea además que, aun cuando en la discapacidad existe un substrato médico-biológico, lo realmente importante es el papel que juegan las características del entorno, fundamentalmente del entorno creado por la sociedad.

Desde la perspectiva de este modelo, la discapacidad es en realidad un hecho social, en el que las características del individuo tienen relevancia en la medida en que evidencian la capacidad o incapacidad del medio social para dar respuesta a las necesidades derivadas de sus limitaciones. Incluye tanto a personas cuya discapacidad es fácilmente identificable, como aquéllas en las que la discapacidad es invisible, como la depresión. También abarca a

²³ Palacios, Agustina. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Colección CERMI. Madrid, España. 2008.

las personas que nacieron con alguna discapacidad y a aquéllas que la adquirieron debido a situaciones como la desnutrición, las enfermedades crónico-degenerativas, los accidentes y las condiciones de vida o de trabajo inseguras.

La visión basada en el modelo social de la discapacidad introduce el estudio de la interacción entre una persona con discapacidad y su ambiente; principalmente el papel de una sociedad en definir, causar, superar o mantener la discapacidad dentro de la misma. Por lo tanto, el manejo de la discapacidad requiere de la actuación social y es responsabilidad de la sociedad hacer las modificaciones necesarias para lograr la inclusión y participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social.

Bajo este modelo, la atención de la discapacidad se trata de una cuestión de derechos humanos y de un asunto de política pública.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud²⁴ (CIF), aprobada en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud del 2001, se basa en la integración de los modelos médico y social, pero también visualiza a la discapacidad como un fenómeno universal, en el que toda la población está en riesgo de adquirir algún tipo de discapacidad en cualquier momento de la vida.

Bajo este enfoque, la discapacidad deja de ser una condición que no sólo afecta a un grupo minoritario y es resultado de la interacción entre la condición de salud de la persona y sus factores personales, así como de las características físicas, sociales y actitudinales de su entorno. De acuerdo con la CIF, el funcionamiento de un individuo en un dominio específico es resultado de una interacción entre su condición de salud (trastorno o enfermedad) y los factores contextuales (ambientales y personales).

²⁴ Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Editor: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid, España, 2001.

La CIF ha sido aceptada como una de las clasificaciones sociales de las Naciones Unidas como un instrumento apropiado para implementar los mandatos internacionales sobre derechos humanos²⁵.

Esta clasificación define tanto componentes de la salud como algunos componentes “relacionados con la salud” y el “bienestar” (tales como educación, trabajo, etc.), agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona con un determinado estado de salud (ej. lo que una persona con un trastorno o una enfermedad hace o puede hacer). De esta manera el concepto de *funcionamiento* se considera como un término global, que hace referencia a todas las Funciones Corporales, las Estructuras Corporales, las Actividades y la Participación; de manera similar, *discapacidad* engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación.

Las Clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que incluyen la CIF proporcionan el marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud (ej. el diagnóstico, el funcionamiento y la discapacidad) empleando un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo.

Dentro de las clasificaciones internacionales de la OMS, los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, etc.) se clasifican principalmente en la CIE-10 (abreviatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión), que brinda un marco conceptual basado en la etiología. La CIE-10 proporciona un “diagnóstico” de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud y esta información se ve enriquecida por la que brinda la CIF sobre el funcionamiento. La información sobre el diagnóstico unida a la del funcionamiento, nos proporciona una visión más amplia y significativa del estado de salud de las personas o poblaciones, que puede emplearse en los procesos de toma de decisiones.

En la actual forma de evaluación de los diagnósticos de enfermedades en general y el de los trastornos mentales en particular, se hace una distinción entre síntomas, síndromes y

²⁵ Naciones Unidas. Uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad. Ginebra, Suiza - Nueva York, USA, 2002.

diagnósticos categóricos, los diagnósticos son constructos teóricos o conclusiones derivadas de algoritmos diagnósticos que incluyen no solo los síntomas, sino también el curso de la enfermedad, historia y consecuencias del estado de enfermedad. En la definición de trastorno mental tiene especial importancia el núcleo de de síntomas o signos psicopatológicos, el criterio A de ICD y del DSM requiere la presencia de de 1 o 2 síntomas que son indispensables para cierto diagnóstico. En el criterio B un número mínimo de síntomas son requeridos para calificar la enfermedad como presente.

En la clasificación multiaxial del DSM IV los trastornos se describen en el eje 1, el eje 2 resume la personalidad, el eje 3 el estado somático y el eje 4 y 5 el ajuste psicosocial bajo una escala denominada la Escala de Funcionamiento Global (GAF: Global Assessment of Functioning Scale), la puntuación mínima cercana a cero indica “un persistente peligro de daño a sí mismo o a otros, o la persistente incapacidad de mantener la higiene personal, o intento suicida grave con clara intencionalidad de muerte”, una calificación media de 50 se refiere “síntomas moderados o dificultad moderada en el funcionamiento social, ocupacional o escolar” y una calificación de 100 “un funcionamiento superior en un amplio rango de actividades, los problemas de la vida nunca han salido de sus manos, es buscado por otros debido a que él o ella tiene muchas cualidades positivas. No hay síntomas”. Esta clasificación mutiaxial y la puntuación del GAF dan por hecho que la aproximación basada en síntomas no es suficiente para describir, reconocer y clasificar los trastornos mentales, sino que aparte de la presencia de signos y síntomas se debe tomar en cuenta las consecuencias de la enfermedad (deterioro o trastornos de la capacidad) al igual que los factores contextuales (estresores y recursos), sin embargo no da una idea clara de la disfunción relacionada con el trastorno, sino una medida global del funcionamiento en diversas áreas.

A diferencia de esto, el concepto biopsicosocial de la CIF propone que hay una compleja interrelación entre funciones, capacidades, factores contextuales y de participación, de tal forma que diferentes trastornos pueden conducir al mismo o diferentes alteraciones de la capacidad y que el tipo de psicopatología no puede predecir un funcionamiento, por

ejemplo la habilidad para trabajar.²⁶ Para valorar o definir la severidad de un trastorno no es suficiente describir el espectro y severidad de los síntomas, del trastorno o de la función, como lo hace el CIE 10, aun trastornos o alteraciones de la función moderadas, pueden llevar a trastornos específicos de la capacidad que es esencial para la participación y podría resultar en una condición severa y discapacitante o al contrario, un trastorno puede ser modulado por el ambiente y la discapacidad asociada tener menor severidad, como resulta ser en el caso del TDAH.

Bajo esta visión biopsicosocial de la CIF, la separación de signos síntomas y consecuencias permite un mejor reconocimiento de la fisiopatología por un lado y las consecuencias por el otro.

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades a una condición que agrupa un reconocido numero de signos o síntomas asociados, sin una explicación etiopatológica bien establecida se le llama “trastorno”, el TDAH es de esta manera considerado un trastorno. Aun cuando hay evidencia de múltiples procesos cognitivos afectados incluyendo la atención sostenida, la actividad, y las funciones ejecutivas (proceso de organización, planeación a futuro, conducta dirigida a metas, e inhibición de la respuesta), así como las dificultades en la vida diaria, la vida familiar, el desempeño escolar y las relaciones con pares, no se conoce la causa del trastorno.

El TDAH es un problema de salud pública al ser una condición discapacitante que impacta en múltiples áreas del funcionamiento, se reconoce que es necesario tener una estructura integral para la evaluación y manejo del componente de disfunción asociada al trastorno con enfoque en el mejor manejo de la disfunción y la prevención de consecuencias tardías. También se reconoce que el impacto de la disfunción asociada al TDAH en la vida diaria resulta de una compleja interrelación entre la persona y su ambiente, el mal funcionamiento relacionado con la disfunción del TDAH en las actividades diarias, incluyendo el actuar de

²⁶ Las actividades están definidas como “la ejecución de una tarea o acción de un individuo”, debe diferenciarse del desempeño “lo que una persona hace y su capacidad de hacerlo”. La capacidad y los trastornos de la capacidad están definidos en relación a un ambiente normal o estándar, y reflejan la habilidad del ajuste ambiental de un individuo.

un individuo en el salón de clases, no solo depende de la severidad de la disfunción cerebral sino también de la estructura y la organización en el salón de clases.

La CIF evalúa el funcionamiento y la discapacidad desde la integración del cuerpo, el individuo y la sociedad, al mismo tiempo que separa las propiedades del trastorno y las consecuencias de la discapacidad. Considerar al TDAH y sus consecuencias bajo esta perspectiva, además de la evaluación con los criterios clásicos de inatención, hiperactividad e impulsividad, permite cubrir el espectro más amplio del trastorno para identificar el funcionamiento y la discapacidad así como los factores contextuales que los rodean (el ambiente y la personalidad){

La CIF permitiría la evaluación de los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad de los individuos con TDAH en el apartado de funciones corporales (que incluye función física y psicológica, permitiendo la evaluación de otras alteraciones no especificadas en otras clasificaciones como son las emociones), en el apartado de la estructuras corporales, el conocimiento actual del TDAH permitiría evaluar los cambios neuroanatómicos asociados al diagnóstico. Muchos de los problemas de la vida diaria pueden ser evaluados usando la sección de actividades y participación del CIF, como el aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas generales, comunicación, movilidad, auto cuidado, etcétera, este dominio contiene un amplio espectro de actividades de la vida diaria que necesita ser evaluado para evaluar el impacto de las condiciones de salud, la clasificación es particularmente de utilidad por evaluar la vida escolar y otras actividades educacionales, el desempeño académico, o la participación en la educación en general.

El TDAH es modulado por el ambiente a través de un gran número de factores, desde los encontrados en el ambiente familiar hasta aquellos referentes a la escuela, así como las actitudes políticas y sociales, la CIF podría ser de utilidad para determinar el efecto de la información, el contenido, tamaño y disponibilidad de los mecanismos asistenciales, especialmente los servicios de educación, así como las políticas en relación a los servicios de educación especial.

La consideración del ambiente en el TDAH es importante pues remueve el enfoque centrado en el paciente y considera modificaciones en el ambiente para aliviar la condición,

las personas con TDAH pueden tener diferentes resultados dependiendo de los altos o bajos recursos en el ambiente. En los niños pequeños el ambiente escolar es particularmente importante, en la práctica clínica es frecuente que los niños y sus familias sean referidos para evaluación por problemas de aprendizaje, determinar el ambiente familiar y escolar es de suma importancia para la identificación de barreras y facilitadores del tratamiento, así como la sugerencia de estrategias conocidas que deben aplicarse en la escuela como parte del tratamiento integral, incluyendo posibles modificaciones para disminuir estímulos y las sobrecarga de información, favorecer la atención sostenida con frecuentes pausas y enfocar o guiar la atención por diferentes vías, a la par de concentrar los esfuerzos en evitar las etiquetas y la estigmatización de los pacientes con TDAH como flojos, desorganizados, erráticos o descontrolados, lo cual podría resultar en un mejor ambiente de aprendizaje.

El ICF representa un marco de evaluación integral y multidimensional para reconocer y evaluar la discapacidad y el funcionamiento asociado al TDAH, comprende más que los síntomas clásicos del trastorno y extiende el foco de atención hacia las funciones cerebrales asociadas con las actividades diarias y la participación del paciente en la sociedad. El enfoque del ICF en el ambiente involucra la familia, la escuela y la sociedad, lo que lleva a los clínicos, maestros, familias y otros profesionales a examinar el funcionamiento del TDAH en más de un camino.

La discapacidad asociada al trastorno concebida como producto de la relación de la persona con el ambiente, permitiría acceder a los niños y adolescentes a la protección y educación diferenciada que establecen los Convenios y las leyes.

EL DERECHO A LA EDUCACION

El banco mundial estimaba que en 2006 unos 40 millones de los 115 millones de niños que no asistían a la escuela eran niños con discapacidad. La gran mayoría tenía impedimentos moderados que no suelen ser evidentes a simple vista ni de fácil diagnóstico, incluyendo los trastornos del aprendizaje, problemas de dicción, físicos, cognitivos, sensoriales y emocionales.

La estrategia de educación integrada²⁷ adoptada por la Convención Internacional sobre los Derechos de la de las Personas con Discapacidad y a nivel nacional por la Ley General de Salud, la Ley para la Protección de los Niños, Niñas y Adolescentes, la Ley General de Educación y la ley General para la Inclusión de la las personas con discapacidad, se basa en el principio de que todos los niños se les debería dar la oportunidad de aprender y que cuando mejor aprenden es cuando están juntos.

La formación docente desempeña un papel crucial en la educación integrada eficaz, la intervención temprana en pequeños grupos de habilidades múltiples es importante cuando los niños están aún en la etapa formativa de desarrollo.

En México la Ley General de Educación establece las bases para la educación gratuita y obligatoria hasta el nivel secundaria. La Alianza por la calidad de la educación, suscrita el 15 de mayo de 2008 estableció el compromiso de la reforma curricular orientada al desarrollo de competencias y habilidades así como ampliar su gestión y participación social en la determinación y el seguimiento de los proyectos estratégicos de transformación escolar. El artículo 1 menciona la premisa de que la transformación del sistema educativo nacional descansa en el mejoramiento del bienestar y desarrollo integral de las niñas, los niños y los jóvenes, en materia de salud, alimentación y nutrición, considerando las condiciones sociales para mejorar el acceso, la permanencia y el egreso oportuno de los alumnos que estudian en las escuelas públicas de Educación Básica en todo el país, con el propósito de formar, desde estos espacios, ciudadanos con mayores oportunidades de aprender y desarrollar trayectorias educativas exitosas en términos de sus condiciones e intereses particulares.

El Acuerdo 592 por el que se establece la articulación de la Educación Básica²⁸ publicada en agosto de 2011 menciona en Artículo 2, fracción 1.7, los principios pedagógicos que sustentan el plan de estudios de educación básica con respecto a la evaluación manifestando que cuando los resultados no sean los esperados, el sistema educativo creará oportunidades

²⁷ Peters, Susan. Educación para todos: La Inclusión de los Niños con Discapacidad. En Breve. Febrero 2006; No. 28. www.worldbank.org/education

²⁸ Acuerdo 592 por el que se establece la articulación de la Educación Básica (segunda sección) DOF: 19/08/2011

de aprendizaje diseñando estrategias diferenciadas, tutorías u otros apoyos educativos que se adecuen a las necesidades de los estudiantes.

En la fracción 1,8 habla de favorecer la inclusión para atender a la diversidad y considera que la educación es un derecho fundamental y una estrategia para ampliar oportunidades, instrumentar las relaciones interculturales, reducir las desigualdades entre grupos sociales, cerrar brechas e impulsar la equidad. Para atender a los alumnos que por su discapacidad cognitiva, física, mental o sensorial requieran estrategias de aprendizaje y enseñanza diferenciadas, es necesario que se identifiquen las barreras para el aprendizaje, con el fin de promover y ampliar, en la escuela, y las aulas, oportunidades de aprendizaje, accesibilidad, participación, autonomía, confianza en sí mismos, ayudando con ello a combatir actitudes de discriminación. Para el logro de este principio es indispensable la organización, la toma de acuerdos y la vinculación entre autoridades, directivos, docentes y madres, padres y tutores.

Este acuerdo refiere que a la educación básica le corresponde crear escenarios basados en los derechos humanos y el respeto a la dignidad humana de cualquier estudiante, independientemente de sus condiciones de desarrollo intelectual, social, emocional y físico. Para ello se requiere que los docentes desarrollen empatía hacia las formas culturales y necesidades de los alumnos que pueden ser distintas a sus concepciones.

CONCLUSIONES

La figura jurídica de los niños y adolescentes en la legislación en Latinoamérica, fue un logro obtenido a finales del siglo XX, ya que en épocas anteriores, únicamente se reconocían "Derechos sobre el niño". Con el advenimiento de organismos internacionales como la Asamblea General de las Naciones Unidas y el Fondo Internacional de Ayuda a la Infancia "UNICEF" (1947), así como la "Declaración Universal de los Derechos Humanos" (1948), la "Declaración de los Derechos del Niño" (1959) y posterior "Declaración Internacional de los Derechos de los Niños" (1989), es donde se comienza a legislar a favor de esta población altamente vulnerable.

El Estado tiene la obligación de garantizar la "igual consideración y respeto" hacia todos los niños, a fin de proporcionar protección a sus derechos, lo que exigirá implementar leyes

con el objetivo de asegurar la igualdad de oportunidades al acceso y ejercicio de sus derechos.

El marco legal nacional e internacional para la atención y la protección de los niños con TDAH está bien establecido, son principios rectores el respeto a los Derechos Humanos, el interés superior de la infancia, la no discriminación y la igualdad.

El interés superior de la infancia busca que las normas que les apliquen se dirigirán a procurarles primordialmente los cuidados y la asistencia que requieren para lograr un crecimiento y desarrollo plenos dentro de un ambiente de bienestar familiar y social. El artículo 28 de la Ley para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (por mencionar solo alguno de los instrumentos legales que hacen mención a este principio) menciona el derecho a la salud y la asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y rehabilitación de su salud, poniendo especial énfasis en los niños más vulnerables.²⁹

Como es el caso de Frida (ver cuadro 1), los niños con problemas de salud mental son frecuentemente identificados principalmente en las escuelas, servicios sociales o sistemas de justicia juveniles, y muchos de estos nunca son identificados con problemas de salud mental que requieren atención especializada. La falta de identificación y atención de un posible problema contraviene todas las declaraciones y leyes que buscan la protección del menor con las consecuencias en el caso del TDAH que ya se han mencionado y se reflejan en el caso específico de Frida: *“Cursó la primaria en cinco escuelas debido al bajo rendimiento escolar, obtuvo un promedio general de 6.5 Ingresó al primer año a los 6 años, debido a las bajas calificaciones tuvo que cambiar de escuela”. “cuando leía se trababa, no respetaba puntos, comas, acentos, nada, incluso le llegamos a pegar por esto y Frida se jalaba los cabellos porque no quería hacerlo” En cuarto y quinto año la paciente se negaba a asistir a la escuela,*

²⁹ Ley para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. DOF Agosto 2000: Art 31 “Establecer normas tendientes a reconocer y aceptar la existencia de la discapacidad, adaptar el medio que los rodea a sus necesidades particulares” Art 31. “Proporcionar atención educativa que por su edad, madurez y circunstancias especiales requieran para su pleno desarrollo”.

Al no detectarse un posible problema Frida no recibió educación especial, diferenciada ni de acuerdo a sus necesidades, no fueron identificados o considerados los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad como un posible problema, *“A decir de la madre las maestras le referían que a Frida le costaba trabajo concentrarse, poner atención en clase, se distraía fácilmente, no prestaba atención a los detalles que requerían las actividades asignadas e incurría en errores debido a esto, parecía no seguir adecuadamente las instrucciones y no terminaba las actividades escolares que le pedían. La madre refiere que frecuentemente le era difícil organizar sus tareas escolares y actividades asignadas en casa, haciéndolas en desorden y sin cuidado”*. Frida presenta un conjunto de signos y síntomas que corresponden al diagnóstico médico psiquiátrico de TDAH, las consecuencias asociadas a la inatención, hiperactividad e impulsividad que caracterizan este trastorno le ocasionan una disfunción en la escuela (reprobó años, bajo rendimiento académico), en las relaciones familiares (era regañada y hasta golpeada por su bajo rendimiento), con sus pares (los compañeros se burlaban de ella), y consigo misma (llegó a autolesionarse al no poder realizar las actividades que se le solicitaban).

Sin embargo, el caso de Frida no es un caso aislado en el 2003, la OMS identificó como barreras para el cuidado de los niños con trastornos mentales la falta de recursos, el estigma, evidente en todos los niveles de la sociedad e involucrando niños, adolescentes, familias y proveedores de servicios, la falta de transportación, un problema principalmente para poblaciones rurales que tienen que transportarse a servicios de salud en zonas urbanas la falta de habilidad para comunicarse efectivamente con el lenguaje nativo del paciente, lo cual limita las oportunidades, y la falta de conocimiento público acerca de los trastornos mentales en niños y adolescentes.

Aunque el estigma fue identificado como la barrera más significativa en los países desarrollados (80%), en los países no desarrollados fue la transportación y la falta de recursos para el tratamiento la principal barrera. En México existen pocos especialistas en salud mental y aun menos los especialistas en salud mental de la infancia, los medicamentos y el tratamiento integral es poco conocido y poco accesible para la población que lo requiere, el panorama social y económico del país va de la mano con el cultural

donde el acceso a la salud mental es considerada como innecesario o es víctima del estigma de la atención o el tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud reconoce que aunque persiste el debate sobre el uso apropiado de medicamentos en el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos mentales, debido a que la mayoría de los tratamientos psicofarmacológicos usados en ellos no han sido aprobados por las agencias regulatorias; el beneficio del uso racional de esta aproximación no puede ser negado en el caso de algunos trastornos mentales específicos, específicamente en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

En el apartado del disponibilidad y uso de medicamentos del ATLAS 2005, de la Organización Mundial de la Salud sobre recursos de Salud Mental para la infancia y adolescencia, donde participaron 192 países, incluyendo México, se enfatiza que la meta de los tratamientos farmacológicos en niños y adolescentes con trastornos mentales es su uso racional, basado en una evaluación apropiada, diagnóstico integral y la utilización de las terapias que han demostrado tener un efecto positivo y no ejercen un daño.

Dentro de los resultados se encontró que en más del 70% de los países en vías de desarrollo no existían los medicamentos psicotrópicos considerados esenciales por la OMS desde 1977 para la atención de niños y adolescentes. Raramente existe un sistema nacional para el control de la prescripción de medicamentos psicotrópicos en niños y adolescentes.

Aunque alrededor del mundo hay un gran interés en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en el 45% de los países los psicoestimulantes están prohibidos o no están disponibles para su uso. En 8 de 20 países de alto ingreso y en 3 de los 16 países de bajo ingreso los medicamentos están disponibles sin costo para la familia, 3 de los 66 países provee alguna forma de subsidio para la medicación. Las más nuevas clases de medicamentos generalmente no están disponibles o son muy costosos para los países de bajos ingresos.

En México existen 2 opciones de medicamento para el TDAH que es subsidiado por el estado en los sistemas de salud (IMSS e ISSSTE), la presentación de liberación corta del metilfenidato y la atomoxetina. La aproximación de tratamiento multimodal es poco frecuente y la mayor parte de los niños con TDAH tienen una historia como la de Frida que

no son identificados ni cubiertas sus necesidades especiales, frecuentemente la atención se da en la adolescencia por la presencia de trastornos comorbidos como el abuso de sustancias o trastornos depresivos, ansiosos o de conducta, o bien, nunca reciben atención ni concluyen la educación básica, con el impacto que esto puede tener para el desarrollo económico, cultural y social de la persona y el país.

Los problemas escolares, familiares, sociales y personales de Frida considerados como “discapacidad”, bajo el paradigma propuesto por la Clasificación Internacional de Discapacidades, ayudaría a disminuir el estigma del rótulo asignado a la persona y daría una apertura a la consideración de las dificultades asociadas al trastorno para dar un tratamiento apropiado a estas, además de dar paso al marco legal que protegería a los niños con TDAH para la no discriminación, la igualdad y la cobertura de sus necesidades especiales.

Es prioritario que se consideren políticas públicas que incluyan promoción, investigación, prevención, tratamiento oportuno y eficaz de las enfermedades de salud mental infanto-juvenil. Lo anterior significa generar servicios especiales para niños vulnerados en sus derechos o en riesgo de estarlo, -y desarrollar programas y acciones dirigidos a equiparar condiciones básicas para acceder en igualdad de condiciones a las oportunidades de desarrollo.

Con el Derecho de "Educación para Todos", que enarbola el principio de Educación Inclusiva, se ha logrado un avance significativo en la no discriminación hacia los menores con discapacidad o con TDAH. Lo anterior fundamenta considerar a los niños con trastornos del desarrollo y enfermedades de salud mental como sujetos de derechos singulares, dotados de protección complementaria y garantías adicionales en función de su mayor vulnerabilidad. En este contexto, se entiende que existe responsabilidad compartida de los padres y el Estado sobre el cuidado de los niños.

El TDAH como problema de salud pública, debe ser considerado, dentro de los programas prioritarios, en las políticas de salud y educación de los Estados, ya que la evidencia ha demostrado que la intervención temprana e interdisciplinaria es decisiva para su evolución y pronóstico.

En México ya existe una base jurídica en torno a la protección de los derechos del niño, por lo cual es imperativa su aplicación en la atención de los problemas de salud mental infanto-juvenil, entre ellos el TDAH, diseñando políticas de salud y de educación adecuadas. Particular importancia adquiere la reciente reforma al artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que da certeza de que la norma que estará por encima de cualquier otra, será aquella que favorezca en todo momento la protección más amplia de los derechos humanos de niños, adolescentes y adultos.

CAPITULO 3

Principlismo y TDAH

Para el actual abordaje y formulación de diversos dilemas éticos en medicina está siendo utilizado el marco conceptual del principlismo. Según este enfoque, hay principios básicos situados en un lugar intermedio entre los valores universales y las normas prácticas de conducta. (Lolas, F. 2006)

Según Beauchamp y Childress (2009), principales exponentes de esta corriente bioética, hasta finales del siglo XX la concepción popular de la teoría ética que prevaleció, era que la tarea de la teoría moral tenía por fin ubicar y justificar normas generales dentro de un sistema, los autores proponen que en la nueva y menos localizada concepción, el trabajo de la ética es reflejar críticamente las normas morales actuales y proponer nuevas normas y prácticas morales.

De esta forma bajo un modelo inductivo, que implica razonar de instancias particulares a estándares o posiciones generales, proponen que el análisis de casos y juicios particulares provee variantes para aceptar conclusiones morales independientemente de las normas generales; esto es, el significado, función y peso de un principio deriva del debate de principios éticos previos y su reflexión en circunstancias particulares, lo cual puede ser de utilidad para el análisis y entendimiento del tratamiento actual del TDAH en adolescentes, como lo explico a continuación.

Estatus moral y legal de los adolescentes

La teoría del estatus moral basado en las capacidades cognitivas, es que los individuos tienen un valor o estatus moral debido a que son capaces de reflejar en sus vidas capacidades cognitivas y su autodeterminación a través de creencias y caminos que humanos no competentes y no humanos no pueden.

Actualmente el valor moral de las personas (que lleva implícito sus derechos y obligaciones), reconoce que no solo los seres humanos tienen el grupo de propiedades psicológicas cognitivas necesarios para asignarlos como sujetos morales, pero el modelo inicial e ideal es el humano adulto competente.

Estas propiedades incluyen la autoconciencia, la libertad de actuar y la capacidad para actuar propositivamente, la habilidad de apreciar y dar razón de su actuar, la capacidad de comunicarse con otras personas usando el lenguaje y la racionalidad y volición de alto nivel.

La aceptabilidad moral según estos criterios ha cambiado según el momento histórico y por tanto el estatus moral de los individuos, aun si ninguna de sus propiedades relevantes cambia, un ejemplo son las mujeres y los miembros minoritarios que han incrementado el valor moral que la sociedad les confiere, en base a la demanda que ellos mismos han hecho. Lo mismo puede decirse, por ejemplo, de los adolescentes quienes apenas a inicios del siglo 20 son reconocidos como sujetos diferentes de los niños y los adultos.

Bajo esta misma teoría, no todos los individuos que tienen estatus moral lo tienen categóricamente, o completamente, sino que lo tienen en grados; por ejemplo, los derechos, que son una manifestación del estatus moral, no están presentes completamente en todos los humanos. En general, el adulto humano competente es quien tiene la gama completa de sus derechos, especialmente el derecho a la autodeterminación y libertad son importantes en comparación a los derechos de los niños, adolescentes y otros sujetos morales.

¿Son los niños y adolescentes personas vulnerables?, bajo el contexto de sujetos morales y bajo la definición de persona vulnerable en biomedicina (persona incapaz de protegerse a sí misma y sus propios intereses, debido a enfermedad, debilidad, estado mental, inmadurez y daño orgánico, entre otras), los niños y adolescentes no tienen la “madurez” del prototipo del sujeto moral con todos sus derechos y obligaciones, al ser físicamente inmaduros y legalmente no autónomos, lo que los hace vulnerables a la toma de decisiones de terceros, como es el caso de su propia salud, sin embargo, se sugiere que el término debería ser usado con cautela debido a que puede funcionar para estereotipar y sobreproteger a individuos con la capacidad moral de ejercer su autonomía, evaluar en qué situaciones un niño o adolescente pueden ser autónomos y consentir un tratamiento o un procedimiento médico es un problema bioético que debe ser analizado en cada caso, pero cobra especial

importancia el caso del TDAH y otros trastornos externalizados que por definición son más evidentes para quien rodea al individuo que para el mismo³⁰.

El diagnóstico de TDAH ha recibido muchas críticas a lo largo del tiempo y ha sido considerado por algunos como un constructo social para definir una variación en el temperamento de los niños³¹, esta teoría se basa en el hecho de que los niños con TDAH son frecuentemente identificados principalmente por las escuelas y el tratamiento se ha dirigido principalmente al mejoramiento de la función escolar, académica y social. Además, diversos estudios han mostrado que la prevalencia del trastorno es mayor en varones de ambientes socioculturales de pobreza, por lo que bajo este punto de vista se considera que identificar y dar tratamiento a este tipo de niños y adolescentes representa una búsqueda de adaptar a los jóvenes diferentes a la sociedad actual, así como la inhibición de su personalidad, concepción que en la práctica clínica es muy frecuente identificar en los menores y en sus familiares, una gran parte de los que solicitan atención es un servicio de salud mental es a través de la canalización por parte de los maestros en la escuela, algunas veces por problemas relacionados con la conducta y otras con el bajo desempeño escolar, sin que sea necesariamente esto un problema para los padres y aun menos para el menor.

Pablo de 6 años de edad, acude a consulta acompañado de sus padres a petición de la escuela, donde cursa el primer año de primaria por presentar dificultad al manejo en el salón al levantarse constantemente de su asiento, salirse del salón sin permiso, hablar constantemente e interrumpir a las maestras durante las clases, moverse todo el tiempo en sus asiento distrayendo a los compañeros, jugar en la clase, no seguir instrucciones y no terminar sus actividades, no realiza tareas, se distrae fácilmente, requiere una atención personalizada y es demandante de atención por parte de sus compañeros y los maestros, siendo una de las principales quejas que es tosco, empuja y ha llegado a agredir físicamente a sus compañeros cuando juega o cuando no consigue lo que desea. En la casa Pablo es descrito como “es muy inquieto, nunca está en paz, todo agarra y rompe, hay que estar todo el día detrás de él para que haga las cosas o para que entienda que es lo que no tiene que hacer, terminamos gritándole y ni aun así entiende” sic padre, es la quinta escuela en la cual Pablo ha estado desde que inicio el preescolar a los 3 años principalmente por la búsqueda de los padres de la escuela que se adapte al paciente, las quejas en las escuelas anteriores han sido las mismas, a decir de los padres “lo cambiamos a esta escuela porque es más pequeña y no tiene tantos compañeros, los maestros deberían saber atender estos casos o decir que no pueden, en la casa si es latoso pero no es un problema para nosotros, la escuela es la que quiere que los tratemos” sic madre. El niño refiere “ya no quiero que me regañen” sic pac.

³⁰ Este es el caso de los Trastornos Negativista Desafiante, Disocial y Déficit de Atención con Hiperactividad

³¹ Ver evolución histórica del concepto de TDAH en el capítulo 1.

Autonomía

Hay una íntima relación entre autonomía y toma de decisiones en cuidados a la salud, hasta qué punto los niños o adolescentes tienen la capacidad de tomar decisiones autónomas nos llevaría a revisar el concepto de competencia y el estándar de mejor interés (riesgo/beneficio) en general y en particular bajo el estado actual del conocimiento científico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños y adolescentes con diversos grados de autonomía.

Casos como el de Pablo son muy frecuentes en la práctica clínica psiquiátrica, en este caso particular se identificaron los síntomas del TDAH, evidentes incluso durante la entrevista, siendo incapaz Pablo de estar sentado en un solo lugar por más de 1 minuto, explorando el consultorio y recibiendo regaños por parte de los padres en todo momento en un intento de controlar la conducta, durante la evaluación se encontraron además síntomas de ansiedad relacionados con el desempeño escolar, sentimientos de no ser querido por los padres y baja autoestima, se propuso tratamiento con farmacoterapia, psicoeducación, entrenamiento a padres e intervención escolar, los padres se mostraron reacios a la administración del medicamento, el menor refirió “si me la tomo, ya no quiero que me regañen”. La escuela reportó que a la semana del inicio del medicamento se observaron cambios positivos con disminución de la agresividad y más atención, reportando las profesoras “el niño está faltando a clases y comenta el pequeño cuando no está tranquilo en clases que su mamá no le da la medicina” sic profesoras. Los padres dejaron de acudir a la consulta después de la primera evaluación.

En este caso como en muchos otros la decisión del tratamiento depende exclusivamente de los padres, quienes de acuerdo a sus preferencias, creencias y acceso a la información determinarán lo que consideren más adecuado para su hijo, el menor tomó la decisión del medicamento basado en las consecuencias y el malestar que su conducta le ocasiona, la propuesta de una estrategia (farmacológica o de otro tipo) que alivie el sufrimiento o disminuya sus problemas es de utilidad para él, aun cuando no conceptualice en toda su dimensión los problemas o las consecuencias de acceder o no a un tratamiento.

Son los padres quienes deben recibir la información completa y confiable en beneficio del bienestar del menor, sin embargo, la decisión tomada contrasta con las necesidades percibidas por la escuela y el clínico, ¿es realmente en beneficio del menor la no ingesta del medicamento o la falta de seguimiento?, la vulnerabilidad de Pablo al ser menor de edad con autonomía disminuida es evidente en todo momento, ¿es válida y autónoma la decisión del menor de tomar el medicamento basado solo en la expectativa del alivio del sufrimiento?.

No maleficencia

En psiquiatría infantil, la evidencia muestra una enorme variabilidad en la presentación, evolución y disfunción asociada al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Aunque se han encontrado de utilidad intervenciones psicosociales como el entrenamiento a padres, la intervención escolar y la terapia cognitivo conductual, en conjunto o independientes al tratamiento farmacológico, la mayor evidencia de efectividad y eficacia es a favor del tratamiento farmacológico. Las actuales guías de tratamiento recomiendan tomar en cuenta la preferencia del paciente y los familiares para iniciarlo, continúan los debates que han cuestionado la existencia del trastorno, el sobre diagnóstico y las consideraciones éticas de administrar medicamentos psicoestimulantes a menores de edad (Shing, I, 2007, 2008), lo cual influye sobre la decisión de los padres.

La mayoría de las actuales guías de tratamiento para TDAH proponen como primera elección la terapia farmacológica principalmente con psicoestimulantes³², que han mostrado en diversos estudios ser seguras y efectivas. Aunque hay un alto grado de consenso entre estas publicaciones, también hay significativas diferencias internacionales, las más evidente son entre las guías europeas (NICE Guidelines y la British Association for Psychopharmacology Guidelines), que recomiendan tratamiento farmacológico solo en los casos más severos, mientras que en los algoritmos americanos es casi todo lo contrario al indicarse iniciar el tratamiento medicamentoso en cuanto se identifique el caso, Canadá

³² The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Guidelines (2007), the American Academy of Pediatrics Guidelines (2011), the Texas Children's Medication Algorithm Project (2006), the European Treatment Guidelines (2004), the National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE, 2008) Guidelines and the British Association for Psychopharmacology Guidelines (2007), Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Preescolares, Escolares y Adolescentes Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (2009), Canadian ADHD Practice Guidelines (2011).

sugiere un cuidado holístico, individualizado para cada paciente con medicamentos como parte del tratamiento, y los algoritmos latinoamericanos recomiendan el tratamiento farmacológico a la par que las intervenciones psicosociales con los padres y la escuela.

Alejandro es un adolescente de 13 años de edad, acude a un servicio de paidopsiquiatría referido por la escuela “dicen que es muy inquieto, su rendimiento es bajo y en la casa ya no lo aguantamos de tan berrinchudo que es” sic madre. La madre es soltera y tenía 19 años cuando nació Alejandro, la familia extensa (abuela materna y tía mayor que la madre) la apoyan en la crianza mientras trabaja. En la entrevista se identifican los síntomas de hiperactividad, inatención e impulsividad que ocasionan disfunción en las áreas familiar, escolar y social desde la infancia, con mayor disfunción desde el inicio de la adolescencia a los 11 años “lo cambiamos de escuela porque el año pasado que entro a la secundaria lo empezaron a molestar porque no daba una, no aprendía, no trabajaba, no hacía tareas, peor que en la primaria,..., se quejaron mucho de él porque no hacía caso y se llevaba pesado con sus compañeros, le llegaron a poner apodosos porque parecía tonto, ..., él no quería que lo cambiáramos y se le veía triste porque no quería ir pero en la anterior escuela ya no lo aceptaban, hasta se salió de la casa en la noche y dijo que quería morirse” sic madre.

Después de la evaluación clínica completa se identificó el TDAH como diagnóstico principal, se propuso intervención familiar para manejo de límites y responsabilidades, apoyo para el manejo escolar y farmacoterapia, se solicitaron estudios basales de laboratorio no considerándose necesario (ante la ausencia de datos clínicos) estudios de gabinete. Después de la psicoeducación la madre manifestó “no quiero que se le den medicamentos, prefiero esperar a que se le hagan los estudios y pedir otra opinión, está muy chiquito para que tome pastillas”, el paciente refirió “si me hace bien el medicamento yo me lo tomo, pero como diga mi mamá” sic pac, se le asignó cita en 3 semanas a la cual se presentó el menor en compañía de la madre manifestando “se volvió a salir de la casa en la noche, no pudimos detenerlo y mejor lo lleve con una neuróloga, la doctora me dijo que estaba muy deprimido porque cada vez que se enfurece dice que se quiere morir y le inicio fluoxetina y risperidona, además lo mando con un paidopsiquiatra y estamos esperando la cita, yo le di la fluoxetina porque me dijo que era para la depresión pero no quiero darle el otro medicamento porque no sé para qué es y su abuela y no queremos que tome tanto medicamento” sic madre

Tanto en el caso de Pablo como en el de Alejandro el médico identificó el tratamiento del paciente basado en los síntomas, independientemente de que ellos y sus familias, como muchas otras, buscan atención con la esperanza de tener un cambio funcional (mejorar en la escuela, calificaciones, conducta, etcétera), lo cual debe ser el objetivo del manejo.

Una evaluación del National Institute of Health and Clinical Excellence del Reino Unido, identificó en el año 2006, 65 estudios clínicos que reportaban la eficacia del metilfenidato, la dextroamfetamina y la atomoxetina sobre placebo para el tratamiento de los síntomas del TDAH en niños, adolescentes y adultos, con similar eficacia aunque perfiles diferentes de efectos secundarios.

En niños y adolescentes cerca de 200 reportes de estudios con metilfenidato muestran una respuesta a corto plazo en el 70% de los casos, las preparaciones de liberación prolongada mejoran el apego y disminuyen el riesgo de abuso. La atomoxetina también ha mostrado su eficacia en estudios doble ciego, placebo controlado en niños y adolescentes con una efectividad ligeramente menor a las anfetaminas.

La efectividad del tratamiento farmacológico se mide a través de la disminución de los síntomas característicos del TDAH, durante el tratamiento los pacientes deben ser específicamente orientados acerca de la eficacia específica en los síntomas así como en los efectos secundarios de los medicamentos. El metilfenidato y la atomoxetina se asocian con un incremento leve a moderado de la presión arterial y la frecuencia cardiaca, que no ha mostrado ser de riesgo en niños y adolescentes, pero requiere un monitoreo e identificación de aquellos que tienen antecedentes de enfermedad cardiaca, hipertensión o realizan mucho ejercicio.

Las anfetaminas se han relacionado con reportes de muerte súbita, en el 2006 la Food and Drug Administration de Estados Unidos llevo a cabo una revisión de los reportes de muerte súbita en pacientes con TDAH tratados con estos medicamentos, se identificaron 14 muertes pediátricas y 4 en adultos asociadas con el metilfenidato entre enero de 1992 y febrero de 2005, ninguna de las muertes parecía asociada única o directamente con el medicamento y 6 de las 14 muertes de niños ocurrieron en infantes con anomalías estructurales cardiovasculares que precedían a la administración del fármaco. Otras consideraciones del tratamiento a largo plazo incluyen el potencial de tolerancia a través del tiempo y otros efectos adversos de los psicoestimulantes en personas vulnerables como psicosis y episodios maniatiformes.

Los medicamentos tienen efectos adversos comunes considerados frecuentes y leves, en el caso del metilfenidato incluyen insomnio, nerviosismo, dolor de cabeza, disminución del apetito, dolor abdominal y otros síntomas gastrointestinales, así como los efectos cardiovasculares ya mencionados. La atomoxetina se asocia con dolor abdominal, disminución del apetito, náusea y vómito, insomnio terminal, e irritabilidad; además del riesgo cardíaco se han reportado casos de trastornos hepáticos por lo que deben identificarse factores de riesgo. Con la atomoxetina aparecieron reportes de ideación suicida en un pequeño número de niños por lo que se recomienda alertar a los familiares del posible riesgo de auto daño.

Los estudios de seguimiento en niños concluyen que el medicamento continuo siendo de beneficio a los 2 años con mejoría de los síntomas de TDAH, la conducta oposicionista y desafiante y el funcionamiento social y escolar, sin problemas significativos de tolerancia o efectos adversos³³, sin embargo, el seguimiento hasta la adultez muestra que el tratamiento con estimulantes en la infancia tiene pequeños beneficios en las herramientas sociales y la auto estima.

Los efectos adversos del tratamiento con estimulantes de la infancia a la adultez en relación al peso y al futuro abuso de sustancias muestran una disminución de 1 a 2 centímetros de la talla esperada en el seguimiento a los 2 años y hay reportes contradictorios sobre el efecto protector de dar el estimulante en la infancia para el consumo de sustancias en la adolescencia, siendo la evidencia sugerente de que el tratamiento del TDAH en la infancia se asocia con una edad más tardía de inicio del consumo de sustancias en la adolescencia en comparación a niños con TDAH que nunca recibieron tratamiento.

Otro tema de discusión y preocupación con los padres de los niños y adolescentes con TDAH es el potencial de abuso del estimulante que está relacionado con la ruta de administración y el índice de absorción/biodisponibilidad (oral, inhalación o intravenosa) de la sustancia resultante en la tasa de liberación de dopamina en el cerebro y la sensación

³³ Hechtman L, Greenfield B (2003) Long-term use of stimulants in children with attention deficit hyperactivity disorder: safety, efficacy, and long-term outcome. *Pediatric Drugs* 5: 787–794
Hechtman L, Weiss G (1983) Long-term outcome of hyperactive children. *Am J Orthopsychiatry* 53: 532–541

de euforia (mayor para dextroanfetamina que para metilfenidato). El uso recreacional del psicoestimulantes por las vías nasal y endovenosa esta reportado en particular con las preparaciones de liberación corta, estudios de imagen indican que la cocaína induce un bloqueo de los receptores pre sinápticos de dopamina similar al metilfenidato, evidencia circunstancial existe en relación a la generación de sensibilización y tolerancia (precursores de la dependencia) en 2 estudios.³⁴ Los datos más consistentes son en relación a que el tratamiento farmacológico con psicoestimulantes en niños se ha ligado repetidamente a la reducción del abuso de sustancias³⁵, pero el efecto del tratamiento en otras edades no es conocido. Estudios en ratas han encontrado que la administración del metilfenidato en una edad equivalente a la infancia en el humano disminuye los efectos de gratificación en el cerebro relacionados con la administración subsecuente de cocaína³⁶, sin embargo, el inicio del metilfenidato durante la edad equivalente a la edad adulta realza la gratificación asociada a la cocaína en el cerebro de las ratas.³⁷

Los estimulantes son drogas controladas que se considera tienen el potencial de abuso y uso recreativo tanto por sus efectos subjetivos como por los de mejoría del desempeño, la administración oral tiene un riesgo muy pequeño de generar euforia, la atomoxetina es conocida por no tener potencial de abuso o inducir dependencia bajo estas causas, sin embargo, los estimulantes orales pueden ser usados para mejorar el desempeño en deportes o algunos tipos de tareas y pruebas cognitivas. El Reino Unido y los países latinoamericanos reportaron el abuso y uso recreativo de los estimulantes como poco

³⁴ Sonuga-Barke E J, Swanson J M, Coghill D, DeCory H H, Hatch S J (2004) Efficacy of two once-daily methylphenidate formulations compared across dose levels at different times of the day: preliminary indications from a secondary analysis of the COMACS study data. *BMC Psychiatry* 4: 28

Galanter C A, Carlson G A, Jensen P S, Greenhill L L, Davies M, Li W, Chuang S Z, Elliott G R, Arnold L E, March J S, Hechtman L, Pelham W E, Swanson J M (2003) Response to methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder and manic symptoms in the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder titration trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 13: 123–136

Swanson J M, Wigal S B, Wigal T, Sonuga-Barke E, Greenhill L L, Biederman J, Kollins S, Nguven A S, DeCory H H, Hirshe Dirksen S J, Hatch S J, COMACS Study Group (2004) A comparison of once-daily extended-release methylphenidate formulations in children with attention- deficit/hyperactivity disorder in the laboratory school (the Comacs Study). *Pediatrics* 113: e206–216

³⁵ Wilens T E, Faraone S V, Biederman J, Gunawardene S (2003) Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 111: 179–185

³⁶ Carlezon WA Jr, Mague S D, Andersen S L (2003) Enduring behavioral effects of early exposure to methylphenidate in rats. *Biol Psychiatry* 54: 1330–1337

³⁷ Brandon C L, Marinelli M, Baker L K, White F J (2001) Enhanced reactivity and vulnerability to cocaine following methylphenidate treatment in adolescent rats. *Neuropsychopharmacology* 25: 651–661

común en comparación a Estados Unidos y Canadá. Otro uso considerado recreativo se refiere al potencial de que la gente a quien se les ha prescrito estimulantes lo distribuyan a otras personas, práctica que también ha sido más ampliamente reportada en Norteamérica.

Las personas con TDAH tienen un mayor riesgo que el resto de la población de consumir drogas ilegales, así como de tabaquismo y alcoholismo, este riesgo parece estar asociado a la presencia de trastorno disocial y adversidad psicosocial, también el TDAH es un factor asociado con delincuencia, reportes del sistema penitenciario del Reino Unido indican que la gente con TDAH tienen 4 veces mayor probabilidad de ser arrestados, la conducta antisocial y los problemas policiales están fuertemente asociados con la severidad de los síntomas e TDAH.

El tratamiento multimodal incluye las terapias psicológicas y el entrenamiento a padres entre otros, las terapias psicológicas incluyen la terapia cognitivo conductual en sus formatos individual y de grupo, la terapia interpersonal, terapia familiar, intervenciones escolares, entrenamiento de habilidades sociales, y el entrenamiento en el manejo parental para facilitar el desarrollo de habilidades de afrontamiento de las conductas disruptivas asociadas al TDAH, Los objetivos de la aproximación psicoterapéutica y psicosocial según la British Association of Psychopharmacology son en términos generales informar sobre la condición, la historia natural y el pronóstico para prevenir futuros efectos negativos en la autoestima o expectativas no realistas del tratamiento. Los resultados de estas intervenciones han mostrado que varias formas de tratamientos estructurados, intensivos basados en estrategias específicas mejoran la probabilidad de remisión especialmente con la combinación de medicamentos.

La respuesta y la administración del tratamiento farmacológico y otras intervenciones para niños y adolescentes con TDAH y sus familias varía en los diversos países, las guías de tratamiento ya comentadas, independientemente de sus diferencias, coinciden en que el trastorno debe ser evaluado propositivamente como parte de toda revisión clínica normal en la infancia, sin embargo, la habilidad para reconocer y diagnosticar el trastorno y la forma en que los servicios de salud proveen la atención son inconsistentes. Los niños identificados y tratados en la infancia rara vez continúan con el tratamiento en la edad adulta, el metilfenidato es en la mayoría de los casos discontinuado en la adolescencia

tardía, no hay evidencia del beneficio de retirar el medicamento en este grupo de edad, la American Association of Pediatrics recomienda conceptualizar al TDAH como un padecimiento crónico y tratarlo bajo este modelo de una manera similar al asma.

La identificación de la gente afectada es pobre y modula ampliamente la manera como los padres reconocen y conceptualizan la condición de inatención e hiperactividad de sus hijos, históricamente la búsqueda de ayuda por parte de los niños y adolescentes y sus familias está comprometida por el estigma asociado con los servicios de salud mental, los caminos de referencia pueden ser complicados y están sujetos a variaciones considerables dependiendo de la organización local de los servicios de salud mental para niños y adolescentes, la capacitación del personal de salud y las creencias, más que las preferencias, de las familias ante la desinformación y el desconocimiento de la enfermedad.

Un estudio realizado en el Reino Unido, mostró que los niños en general reportaban experiencias positivas del tratamiento con el estimulante, no tanto por la mejoría de los síntomas del TDAH sino principalmente por ayudarlos a mejorar su conducta social y disruptiva y consecuentemente su relación con pares. La experiencia de estigma no estuvo directamente relacionada con la toma de medicamentos sino con las consecuencias de los síntomas que los llevaban a sentirse diferentes y alienados, los niños reportaron ser víctimas de bullying y recibir sobrenombres por parte de los compañeros, sentían estaban siendo juzgados negativamente por sus pares, la familia y los maestros y eran frecuentemente tratados diferente.

Los estudios realizados en Australia, USA, Canadá y Reino Unido, sobre costo efectividad del tratamiento medicamentoso para el TDAH en niños han mostrado que es costo efectivo en comparación a no dar tratamiento, al medir días de actividad ganados con el fármaco (QALYs), el número de años de vida ajustados para la discapacidad (DALYs), los costos del medicamentos, la atención medica y los estudios de laboratorio. El NICE sugiere que las intervenciones psicológicas grupales tienen mayor costo efectividad que los medicamentos, en comparación las intervenciones individuales no han mostrado este resultado.

El concepto de no maleficencia bajo el principlialismo (Beauchamp y Childress, 2009) ya no tiene la acepción pasiva de no solo no realizar un acto dañino al otro, sino una connotación activa de evitar el daño, y propone revisar los conceptos de negligencia y el estándar de los cuidados justos en dos sentidos 1) Intencional: Imponer un riesgo injustificable de daño intencionalmente y 2) No intencional, un agente accidentalmente realiza un acto dañino que debería haber conocido para evitarlo.

Tal como lo hemos visto la actual evidencia del TDAH en la infancia y la adolescencia, así como el reconocimiento internacional del trastorno muestra la vulnerabilidad de los afectados para tener consecuencias asociadas a los síntomas. El reconocimiento del trastorno por parte de la sociedad, la familia y los profesionales de la salud es indispensable más allá de las creencias y opiniones personales, no identificar y por tanto no dar atención a los niños y adolescentes con TDAH es imponer un daño a individuos altamente vulnerables (por minoría de edad y presencia de un trastorno).

Beneficencia

La justificación del tratamiento farmacológico se basa en que el TDAH se ha encontrado asociado con mayores riesgos para presentar otros diagnósticos psiquiátricos y no psiquiátricos al mismo tiempo, como la depresión, el trastorno negativista desafiante, el trastorno bipolar, la obesidad, accidentes recurrentes, mayor uso de servicios de salud; así como mayores riesgos para abuso de sustancias en la adolescencia, fracaso escolar, embarazos adolescentes, maltrato por pares, maestros y familiares, baja autoestima, entre muchas otros.

El tratamiento médico y no médico de los adolescentes con TDAH se lleva a cabo balanceando beneficios, costos y riesgos de su administración, siendo un trastorno externalizado que por definición es más evidente para quienes rodean al niño o adolescente que para el mismo, nos lleva a analizar en muchos casos los beneficios para la sociedad y los riesgos para el sujeto.

Alicia tiene 16 años, desde los 13 se encuentra en tratamiento médico por los diagnósticos de TDAH, Trastorno Disocial, Trastorno Negativista Desafiante y Episodio Depresivo Mayor moderado. Desde la infancia ha tenido bajo rendimiento escolar con quejas frecuentes por desobediencia, peleas físicas con pares, no trabajar en clases, salirse de casa sin permiso y desafiar las reglas de la escuela y la casa. Estas conductas se incrementaron a los 12 años agregándose el robo de dinero y objetos a sus compañeros, maestros y hermanos, amenazas y extorsión a pares, llegando a robar el recetario del médico para vender recetas controladas en la escuela “siempre tenía dinero, los maestros me dijeron que les estaba cobrando a sus compañeros para alterar las listas y ponerles asistencia en la escuela, se robo un celular y a pesar de que se lo encontraron mintió y no se le pudo sacar una verdad, no muestra culpa de nada de lo que hace” sic madre. Fue cambiada de 4 escuelas en la secundaria abandonando el sistema escolar a los 15 años, asociándose con pandilla que fue detenida por asalto a negocio, permaneció 1 mes fuera de casa de su madre y finalmente fue ingresada en contra de su voluntad en un centro contra las adicciones por consumo de cocaína, inhalantes y alcohol. Durante el tratamiento médico tuvo poco apego y pobre respuesta.

Justicia

La vulnerabilidad de los pacientes con trastornos mentales y su asociación con pobre calidad de vida, así como la inequidad del acceso a la salud, centrada actualmente en la salud física de acuerdo a las políticas públicas nacionales, nos lleva a cuestionar el derecho al cuidado de la salud de los adolescentes con TDAH que no acceden al tratamiento oportuno, y cuando lo hacen el tratamiento es parcial debido a los enormes costos que implica dar el tratamiento de elección de tipo multimodal.

El acceso al tratamiento de los niños y adolescentes con TDAH representa un problema de justicia social, pues quienes reciben el tratamiento en México son solo aquellos capaces de adquirirlo o de acceder a un servicio de salud mental especializado en psiquiatría infantil. Los estudios muestran que las consecuencias sociales del trastorno son evidentes desde la infancia al tener los niños con TDAH menor desempeño académico, mayor estigmatización

y sensación de fracaso escolar que puede persistir en la adolescencia, o bien, aparecer al ingresar a la secundaria por el cambio ambiental y de responsabilidades propio del sistema educativo.

CONCLUSIONES

Bajo el análisis del principialismo, la cuestión ética de identificar oportunamente y dar tratamiento multimodal a los niños con TDAH, adquiere vital importancia cuando se analiza desde el punto de vista de las consecuencias sociales, personales y familiares. La disfunción asociada al TDAH debe ser analizada en el contexto de la vulnerabilidad de los adolescentes, ya que los estudios muestran que la confiabilidad del diagnóstico es mayor cuando se utilizan múltiples informantes que incluyen a los maestros y la familia y los síntomas son percibidos principalmente por quienes rodean al individuo con TDAH, por lo que frecuentemente la afectación es mayor para quienes rodean al adolescente y no para él mismo. El debate se inicia en el momento en que se considera que dar un tratamiento para la afectación externa y no propia es limitar la autonomía del individuo en una edad en que se está formando la personalidad.

Desde la deontología médica es necesario dar tratamiento a una condición que genera sufrimiento, asignar una condición como la inatención y la hiperactividad como un trastorno, evidente para el especialista pero no percibida como tal para la persona, su familia y la sociedad, representa un problema bioético al intentar anteponer los principios de beneficencia y no maleficencia a la autonomía.

CAPITULO 4

EL TDAH EN EL CONTEXTO SOCIAL Y CULTURAL DEL SIGLO XXI

Hasta ahora el conocimiento científico de la existencia y tratamiento del TDAH ha seguido las rutas de la medicina occidental donde en la búsqueda de la verdad Cartesiana³⁸, debemos reconocer que nos encontramos en un momento de certidumbre y certeza parciales, sin embargo, esto no es diferente de otras áreas de la medicina si aceptamos que ésta no es una ciencia en el sentido estricto de las ciencias naturales, sino más bien un método idóneo para evaluar riesgos, resolver la incertidumbre y emitir un pronóstico basándose en la experiencia, en un paradigma y en la responsabilidad personal y profesional. (Sass, H.M.)

Como ya se menciona, las necesidades de atención a la salud en la actualidad ha variado considerablemente en las últimas décadas, México al igual que otros países industrializados ahora es un país fundamentalmente urbano y habitado por jóvenes, atribuyéndose este cambio a los programas específicos de salud, los avances tecnológicos y los nuevos estilos de vida. De esta forma se considera que el mundo contemporáneo se caracteriza no solamente por un incremento del número de tecnologías que pueden estar al alcance de un mayor número de gente, sino que permite invertir en situaciones que en el pasado la lucha contra el sufrimiento o la enfermedad no daba lugar.

Este nuevo paradigma está inserto en una realidad que no está libre de críticas, por un lado se reconoce que los cambios tecnológicos se acompañan de nuevas actitudes sociales y culturales que hacen hincapié en el individuo como principal autoridad decisoria sobre cuestiones relacionadas con valores referentes a estilos de vida y metas personales, además la nueva riqueza tecnológica el mundo moderno ha generado un gran número de posibilidades individuales en cuanto a valores que puede considerar prioritarios.

Es bajo este contexto que analizaremos algunos fundamentos filosóficos sobre la necesidad personal y social de hacer una identificación oportuna, y dar tratamiento farmacológico a una alteración neurobiológica en el sistema de auto organización cerebral

³⁸ Descartes formuló el postulado de que solo podía ser verdadero lo que se percibiera de manera clara y distinta

que conlleva a fallas en el comportamiento intencionado, con propósito, orientado hacia el futuro, auto disciplinado y razonado, descripción que hace Barkley de la alteración de las funciones ejecutivas como causa del TDAH.

Partamos del conocimiento histórico del trastorno, a inicios del siglo XX, la descripción de los niños con inteligencia normal pero con fallas de la “volición inhibitoria” eran aquellos incapaces de permanecer sentados y quietos, además de robar, mentir y tener tendencia a la violencia, según George Still, esta falta severa de reserva se entendía por la presencia de una auto gratificación persistente, falta de vergüenza, falta de modestia y apasionamiento, el trastorno se nombro como “Defecto del control moral” y representaba para el autor mencionado un recordatorio del arduo proceso de civilización, que idealmente instaba a un auto control moral desde la infancia.

Desde entonces el conocimiento y diferenciación del TDAH ha tenido una gran evolución, pero es hasta la década de los 1970’s que puede reconocerse como hasta ahora lo identificamos, sin embargo, la idea inicial de Still de fallas en el control moral es muy parecida a la descripción de Barkley de fallas en la regulación de las funciones ejecutivas que proveen al ser humano de voluntad y de un comportamiento auto regulado; podríamos decir que el concepto es el mismo, lo que ha cambiado es la valoración moral del fenómeno. En el contexto cultural y social de inicios del siglo XX la auto regulación de la conducta de los individuos inicialmente identificados con “fallas en el control moral” era considera como “buena o mala”, en la actualidad la conceptualización medica del TDAH como alteración neurobiológica en el contexto de una sociedad industrializada le resta valor a la bondad o maldad del comportamiento y se lo asigna a la enfermedad o trastorno.

La valoración moral del comportamiento esta entonces determinado por el momento histórico y cultural en el cual se describe el fenómeno, la pregunta sobre si un comportamiento es bueno o malo, adecuado o inadecuado, normal o anormal trasciende en la actualidad los paradigmas que regían la conducta moral y nos enfrenta a la autodeterminación y al autoconocimiento como humanos sociales e individuales³⁹.

³⁹ Desde la ética existencialista la moralidad es descrita por Nietzsche como un sentimiento de conjunto que es producto de la cultura y tiene como fin acercar al individuo a la sociedad en la cual vive, es por tanto gregaria, social e historiable y no esencialmente determinada.

La comprensión de que los conceptos morales tienen una historia debería liberarnos de toda falsa pretensión absolutista, actualmente cualquier valoración moral de la conducta humana requiere un análisis ético de sus contenidos, la falta de atención y los comportamientos de hiperactividad e impulsividad de los individuos con TDAH no debe ser evaluado bajo el contexto de “control moral“ sino en la adaptación al ambiente social, escolar o laboral y el malestar que ocasiona a quienes lo padecen. Esta última aseveración que representa el criterio de disfunción según los manuales de diagnóstico para las enfermedades de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, DSM.IV.TR, 2000) y la Organización Mundial de la Salud (OMS; CIE.10) no se encuentra libre de controversias y dilemas éticos. Por un lado el criterio de la disfunción social, familiar, escolar y laboral asociado al TDAH nos remite a dos temas fundamentales que son la libertad y la responsabilidad, el tema de malestar significativo asociado al TDAH, nos lleva nuevamente al significado individual, social y cultural del sufrimiento.

La evaluación del TDAH incluye determinar que algunos de los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad con frecuencia se producen en múltiples contextos, que incluyen hogar, escuela, trabajo y situaciones sociales, y producen alteración en por lo menos 2 de tales situaciones, pero es muy frecuente que se presente el mismo nivel de disfunción en todas partes o permanentemente en la misma situación. Habitualmente los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos, los signos del trastorno pueden ser mínimos o nulos cuando la persona en cuestión se halla bajo un control muy estricto, en una situación nueva, dedicada a actividades especialmente interesantes, en una situación de personas de uno a uno o mientras experimenta gratificaciones frecuentes por el comportamiento adecuado. Los síntomas tienden a producirse con más frecuencia en situaciones de grupo.

"... la gente se atiene a las costumbres y a la moralidad, no siendo la moralidad otra cosa que el sentimiento de conjunto de las costumbres bajo las cuales se vive y se ha sido educado: educado, no en cuanto a individuo, sino como miembro de un todo, como el número de una mayoría. Así es que sucede constantemente que un individuo se mayoriza él mismo por medio de su moralidad". (Nietzsche, 1932).

Como se desprende del texto anterior, por definición el trastorno esta conceptualizado en el contexto social y relacional del individuo e implica la libertad de elección y de intereses personales.^{40, 41, 42.}

Filósofos como Sartre y Heidegger poseen en común la convicción de que el hombre es un ser para la muerte y, a su vez, también poseen en común la idea de que el hombre está llamado a ganar su propiedad y que en este estado cada cual está condenado a actuar uno contra el otro, bajo estos argumentos se sostendría la tesis de que el TDAH al ser concebido como un trastorno que se identifica en relación del ser con el otro limita la libertad del ser.

Sin embargo, aunque se acentúa el rasgo de una intrínseca vulnerabilidad al ser la muerte y la nada fuentes de angustia, *ser en* el tiempo implica la proyección constante hacia

⁴⁰ Juliana González menciona que es frecuente en las tendencias de pensamiento moderno oponer radicalmente la objetividad de la subjetividad concibiendo el “yo” como una entidad o una fuerza autosuficiente frente al mundo y los otros, bajo estos pensamientos la individuación es algo que en sí, solo se logra en oposición a los fines comunitarios, y estos, por fuerza, implican una negación o una enajenación de lo fines individuales.

⁴¹ Heidegger en este contexto vincula al sujeto humano con lo que no es el mismo, incorporando el *no yo* en la estructura ontológica del yo, al concebir el “ser en el mundo”, al mismo tiempo que el concepto de Hombre adquiere un estado abierto “Dasein” arrojado al porvenir y abierto hacia otros, lo propio del Dasein consiste en una marcha que solo se detiene con la muerte entendida como límite de toda posibilidad “el *ser con* es un estructura a priori que funciona aun cuando cada sujeto no tenga frente a si físicamente al otro: El *ser con* determina existencialmente el *ser ahí* es ser con el mundo”, la comunidad que se esboza a partir de Heidegger se encuentra más próxima a la solidaridad ontológica para la exploración de la realidad que a un acto reciproco de reconocimiento entre semejantes, Juliana González al analizar el texto de Heidegger lo expresa así “al caracterizar la individuación como una modalidad existencial que en si misma habrá de excluir la comunicación, está a su vez solo se produce en la llamada existencia cotidiana o “banal” en la cual el hombre vive despersonalizado, sin individuación y sin responsabilidad propia”.

⁴² A diferencia de Heidegger, Sartre pone en la soledad de la vida y en la nada misma de la libertad la clave de la angustia y la autenticidad, para Sartre la certeza de la existencia del otro no debe ser a priori, ni abstracta, sino concreta, este otro que llamo prójimo no es una categoría reguladora o unificadora de mi experiencia, es el espejo a través del cual me miro, es el ser que acota mi ser “no revelándome una estructura a priori de mi mismo que apuntaría hacia un prójimo igualmente a priori, sino descubriéndome la presencia concreta e indudable de tal o cual prójimo concreto”, la relación interhumana para Sartre es una relación de contrarios necesariamente excluyente “es por el hecho de ser yo que excluyo al otro, el otro es aquel que me excluye siendo él....., la esencia de las relaciones entre conciencias no es el ser con Heideggeriano, sino el conflicto”

el futuro posible e imprevisible, nos abre a nuestro ser posible en lo que tiene de indeterminado hacia la libertad y la autonomía.⁴³

Retomando el argumento de que los cambios tecnológicos se acompañan de nuevas actitudes sociales y culturales que hacen hincapié en el individuo como principal autoridad decisoria sobre cuestiones relacionadas con valores referentes a estilos de vida y metas personales, además de que la nueva riqueza tecnológica el mundo moderno ha generado un gran número de posibilidades individuales en cuanto a valores que puede considerar prioritarios; la actual “necesidad” de búsquedas de solución de problemas rápidos y efectivos tiene sentido para las necesidades de la sociedad actual, en tanto el trabajo requiere planificación del tiempo hacia la meta proyectada, en las sociedades consumistas las gratificaciones diferidas al futuro son reemplazadas por la satisfacción instantánea del deseo.⁴⁴

Además del consumo, otra relación importante producto de la era moderna es la del cuerpo con la tecnología, que nos ha llevado a nuevas maneras de pensar el cuerpo, una de las formas de concebirlo es como categorías en procesos de cambio, categorías de modos de pensar la transición cultural que se está llevando a cabo, donde la posibilidad de ejercer un control sobre nuestro propio cuerpo y el futuro de la humanidad a través de impresionantes avances tecnológicos (el control de la vida se ha visto como una posibilidad a través de la manipulación del genoma) podría hacernos capaces de asumir el control de nuestra historia abatiendo el miedo que se tiene a la tecnología, o bien, poniendo a prueba la racionalidad de los seres humanos en el uso de la misma. Puesto que, nos confronta con

⁴³ “es, por así decirlo, una fase que se trasciende de inmediato o que simultáneamente es negada, precisamente en la elección y la realización de lo posible, se abren caminos que nos llevan nuevamente a la libertad y la autonomía”. (Gonzalez, J, 1997)

⁴⁴ Los modos de pensar los cuerpos implican la interdependencia cuerpo-mundo, pues la percepción del cuerpo es el reflejo de una idea del mundo, la humanidad se enfrenta a la posibilidad de evolucionar humanamente no naturalmente a la par que lo vivo de los cuerpos se ha convertido en un objeto mercantil, el consumo ha gestado un cambio deliberado de las practicas y representaciones en torno a él cuerpo, Zambrano considera que “*la energía se usurpa, los cuerpos se esclavizan, los deseos se manipulan. La triada cuerpo-cuerpo, cuerpo-deseo, y cuerpo-energía, es el objeto de control biopolítico*”, los deseos adquieren una forma cultural, conforman un estilo de vida; en el sistema capitalista existir, significa consumir. Estar inserto en el proceso económico, es estar inserto en la dinámica cultural, social y política, consumir es un acto social que simboliza identificación y diferenciación respecto a otros.

los humanos tecno científicos en que nos hemos transformado, también nos ha permitido abrir la cognición a las nuevas dimensiones del cuerpo biológico, vivido y representando.

Algunos trastornos mentales, como el TDAH, indudablemente deben ser concebidos como construcción social dependiente de la cultura, inmersos en la limitación del conocimiento científico propio de nuestro momento histórico que busca las respuestas causales de la enfermedad con la esperanza no solo de limitarla, sino prevenirla, transformarla e incluso eliminarla (siendo la búsqueda de individuos sin enfermedad o discapacidad una especie de eugenesia que podría ser posible a través de manipulaciones genéticas). Se desprende del concepto de salud mental que los trastornos mentales son causa de sufrimiento individual con consecuencias sociales, al mismo tiempo que es extensa la investigación de cómo el ambiente influye y predispone hacia la manifestación de enfermedades mentales en individuos genéticamente predispuestos, haciendo indivisible la existencia de la enfermedad con el medio social en que se produce, siendo entonces la enfermedad tanto causa como efecto, apoyando de esta forma los argumentos de Broncano⁴⁵. De esta forma, la concepción de la mente como parte inherente al cuerpo humano y el conocimiento de las funciones psíquicas del cerebro es producto del propio desarrollo científico de la humanidad, que por definición es un derivado de la cultura científica que predomina en el pensamiento occidental, y por tanto representa la construcción social como actualmente conceptualizamos la salud y la enfermedad.

Podemos concluir que las emociones y los comportamientos humanos son naturales, sus manifestaciones son artefactos interdependientes de la cultura que definimos a través de cómo pensamos y representamos el mundo, pero al mismo tiempo nos influye en la forma como realizamos estas funciones cognitivas. El concepto de salud y enfermedad, así como el de trastorno mental son productos culturales de la simbolización, y la socialización, donde un individuo tiene una determinada forma de ser, actuar, pensar y relacionarse, para preservarse a sí mismo y a los demás, pero los conceptos inacabados utilizados en la actualidad para definir fenómenos complejos y difíciles de estudiar como la psique humana, no excluye la enfermedad de la psique, en tanto que los procesos mentales tienen su asiento

⁴⁵ “la cultura es construida como un sistema de andamios que posibilitan el desarrollo y en cierta forma la construcción de los seres humanos como personas”

en un órgano capaz de estar alterado tanto en su función como en su forma, como lo es el cerebro.

Dentro de este contexto y en relación a las nuevas concepciones de salud enfermedad y las posibilidades de la tecnología, la ambición de la medicina contemporánea no es únicamente curar al paciente de sus enfermedades, sino transformar sustancialmente la vida humana,” el cuerpo humano aparece como la nueva frontera de nuestros sueños colectivos e individuales, la utopía política ha sido sustituida por una utopía biológica a nuestro alcance. La legitimación de este nuevo “eugenismo familiar” es la democracia y el poder de decisión que se otorga al individuo”. (Calberg, 2000).

Una crítica actual a los servicios públicos de atención de salud en países desarrollados es que algunos de los conflictos personales sobre valores se suelen abordar indirectamente por medio de la medicalización, por ejemplo la felicidad, la tristeza, las sensaciones de malestar, frustración, y desilusión, o la muerte o pérdida de un ser querido. Esta medicalización de problemas no médicos relacionados con el estilo de vida representa para Sass un abuso de la práctica de la medicina y es contraproducente como forma de afrontar y dominar las crisis existencialistas o las dificultades de la vida.

Actualmente se considera que Estados Unidos el TDAH ha alcanzado proporciones epidémicas, de ser un diagnóstico inexistente en 1950, para el 2006, entre 8 y 10 millones de niños americanos habían sido diagnosticados con el trastorno, en ese mismo año el 80% de las prescripciones de metilfenidato se realizaron en Estados Unidos y solo el 20% en el resto del mundo (Bredding, 2002). Las críticas sobre el trastorno y su sobre diagnóstico en este país se basan en que la percepción de lo que constituye un rango normal de la conducta infantil y del adolescente ha sido críticamente cambiado en el siglo XXI en Norte América. Este argumento no toma en cuenta los estudios que han mostrada una disfunción cerebral y de las funciones ejecutivas que han dado la base científica actual para entender el TDAH como un trastorno neurobiológico que mejora con el medicamento.

Sin embargo es indiscutible que la industria farmacéutica ha jugado un papel importante en promover la aceptación de la medicación en Norte América a través de artículos en revistas para padres, comerciales de televisión, anuncios de radio, visitas a las

oficinas de los doctores entre muchas otras estrategias de mercadotecnia, siendo el TDAH un gran negocio para los productores de medicamentos.

LA LIBERTAD

El uso de medicamentos para el TDAH es ampliamente aceptado en Estados Unidos de Norte América y otros países del mundo, donde el tratamiento farmacológico es de elección en todos los casos de TDAH, las Guías Clínicas Europeas sin embargo añaden un paso previo a la medicación, que es la psicoeducación, el entrenamiento a padres y el ofrecimiento de tratamiento farmacológico, dando lugar a la medicación solo si los familiares o tutores lo aceptan. La elección de una estrategia terapéutica basada en la información da lugar a dilemas éticos relacionados con la autonomía y la libertad.

Luisa Monsalve, bioeticista latinoamericana, señala que hay una relación estrecha entre valores y bienes y la elección reflexiva, en cuanto el objeto de la preferencia es aquel que mejor conduce a la realización de los fines de la acción. Comprender la lógica de la elección y la preferencia presupone, entonces, una teoría del valor y de la cultura que relacione la acción práctica con la búsqueda de aquellos bienes que se consideran importantes para cubrir las necesidades de sobrevivencia y convivencia social de grupos humanos particulares. De este modo, la elección resulta inseparable de la estimación emocional de las propias necesidades: los bienes a preferir son distintos, por ejemplo, en un comerciante, un artista o un político. Las preferencias consideradas desde este punto de vista valorativo son la forma en que las personas expresan grados comparativos de deseos respecto a diferentes fines de acción.

En la actualidad es un requerimiento social y una forma de pertenencia las habilidades académicas, sociales y familiares que nos hacen personas individuales dentro de una comunidad, síntomas característicos del TDAH como no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas o trabajos escolares que resulta en trabajos sucios, descuidados y sin reflexión, entre otros síntomas de TDAH, por definición interfieren con el desempeño escolar pero también en la familia al requerir mayor supervisión de los padres (estrategia básica del entrenamiento a padres, uno de los pilares del tratamiento no farmacológico del TDAH) y en lo social al ser señalados como diferentes por el grupo de pares que comparten un desempeño atencional diferente. La

búsqueda de atención por parte de los involucrados tiene diversos objetivos, la escuela puede buscar ayudar a mejorar el desempeño, los padres disminuir los conflictos relacionados con los síntomas y el paciente, niño o adolescente, disminuir el malestar relacionado con un bajo o regular desempeño académico, y disminuir la diferencia con el grupo de pares.

Como podrá verse con este ejemplo la búsqueda del bienestar depende de la estimación emocional de las propias necesidades, como lo señala Monsalve⁴⁶.

CONCLUSIONES

La elección de la búsqueda de un tratamiento e incluso la opción de elegir entre uno y otro, debe estar basada en el conocimiento y comprensión en la información transmitida y no en el modelo paternalista de modelo medico tradicional⁴⁷.

En el caso del TDAH la impulsividad manifiesta en los síntomas de impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas, dificultad para esperar su turno e interrumpir o interferir frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en situaciones sociales, académicas y laborales, por definición nos habla de los síntomas que afectan más a quienes lo rodean que al propio individuo y nos daría un argumento para indicar tratamiento a un padecimiento que afecta a los demás. ¿Cuáles son los límites de “la propia protección”? el argumento resulta muy amplio y no puede justificar la intervención sobre minorías que no comparten el punto de vista de las mayorías.⁴⁸

⁴⁶ “Con el advenimiento de la sociedad moderna, se abandona la pretensión clásica de un marco unificado de bienes, y la búsqueda de la felicidad y el bienestar queda en manos de la deliberación prudencial del agente moral autónomo”.

⁴⁷ Stuart Mill al plantear el conflicto entre la sociedad y el derecho al libertad refiere que el único fin por el cual es justificable que la humanidad ejerza poder sobre un individuo es para evitar que perjudique a los demás.

⁴⁸ John Stuart Mill en su obra Ensayo Sobre la Libertad, menciona *“El objeto de este ensayo es afirmar un sencillo principio destinado a regir absolutamente las relaciones de la sociedad con el individuo en lo que tengan de compulsión o control, ya sean los medios empleados la fuerza física en forma de penalidades legales o la coacción moral de la opinión pública. Este principio consiste afirmar que el único fin por el cual es justificable que la humanidad, individual o colectivamente, se entremeta en la libertad de acción de uno cualquiera de sus miembros, es la propia protección. Que la única finalidad por la cual el poder puede, con pleno derecho, ser ejercido sobre un miembro de una comunidad civilizada contra su voluntad, es evitar que perjudique a los demás. Su propio bien, físico o moral, no es justificación suficiente. Nadie puede ser obligado justificadamente a realizar o no realizar determinados actos, porque eso fuera mejor para él, porque le haría feliz, porque, en opinión de los demás, hacerlo sería más acertado o más justo. Estas son*

El principio de libertad ha dado sustento al principio de autonomía, que forma parte de la Bioética principialista centrada en el individuo. La soberanía sobre su cuerpo y su mente orientara a la relación de ese individuo con la sociedad y la tecnología, esta bioética es considerada con orientación individualista, sensible a valorar deberes y derechos con una persona en particular, se preocupa de los micro problemas y es relativista, ¿conviene en el caso de TDAH dar respuesta individualizada a las necesidades de cada niño y adolescente, en su contexto familiar y social?

El TDAH ha dejado de ser considerado un defecto en el control moral y ha pasado a ser una enfermedad a la que se le atribuyen diversos valores, si partimos de que bajo la concepción actual de ciertas enfermedades como el SIDA, el cáncer y las enfermedades mentales estigmatizan a los enfermos y hacen del enfermo un “otro” (Bonilla, A. 2006), la vulnerabilidad propia del individuo en cuanto a “ser” se incrementa al desconocerse a la enfermedad como un aspecto insoslayable, importante y constitutivo de la condición humana y el reverso obligado de la salud. Si consideramos a la enfermedad como una de las formas específicas de vulnerabilidad que afectan a los seres humanos, se plantea la necesidad de recurrir a éticas en la que la voz del otro prevalezca, como la de la responsabilidad y del cuidado.

Desde la ética tiene importancia hacer esta distinción entre la ética individualista y la ética comunitaria, en América Latina, aun estamos en la ética del vivir donde los Derechos Humanos y los Derechos de los Niños aun están en pugna para instalarse como los mínimos necesarios para los países con grandes inequidades, la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU, 1989) sostiene en su artículo 24 que los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, sin embargo la salud mental esta relegada al tratamiento de enfermedades infecto contagiosas prevenibles, los índices de desnutrición y obesidad que prevalecen en nuestro país y otros países de

buenas razones para discutir, razonar y persuadirle, pero no para obligarle o causarle algún perjuicio si obra de manera diferente. Para justificar estos sería preciso pensar que la conducta de la que se trata de disuadirle producía perjuicio a algún otro. La única parte de la conducta de cada uno por la que él es responsable ante la sociedad es la que se refiere a los demás. En la parte que le concierne meramente a él, su independencia es, de derecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y espíritu, el individuo es soberano"

América Latina, así como la búsqueda del cumplimiento de los derechos básicos de educación, salud, familias, nombre y protección.

Bajo este contexto la salud mental está implícita en todos los niveles, pero la enfermedad mental es un lujo que muy pocos pueden pagar, y el pensamiento de la búsqueda de satisfactores personales basados en la responsabilidad y la libertad, es un paradigma al que solo pocos privilegiados pueden acceder.⁴⁹

⁴⁹ Kuttow opina que “si la ética se mide por sus fines, entonces la finalidad primaria de quienes trabajan en bioética no puede ser otra que procurar el progreso moral que significa la justicia social. Por ello es necesario establecer un marco normativo y programático regional que asegure el acceso universal de la población a los medios que las ciencias de la vida y la salud han probado como eficaces para procurar su bienestar”.

REFLEXIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

Las teorías éticas son las herramientas de análisis para la bioética ante los problemas generados por el avance científico, la ética existencialista que conceptualiza al hombre como proyecto⁵⁰, liberándose de la axiología tradicional de los valores aceptados acríticamente, e invita a los hombres a crear en cada acto moral, es una ética situacional que es de utilidad el caso del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Bajo este análisis nos reconocemos como poseedores de certezas parciales y construimos realidades contextuales a nuestro tiempo e historia, las necesidades de la humanidad han cambiado, las personas construyen nuevas identidades a partir del medio sociocultural e histórico en el que se desenvuelven, de esta forma la enfermedad es vista actualmente como un mal que debe evitarse a toda costa al mismo tiempo que tenemos cada vez mayor conocimiento que nos permite tomar decisiones sobre nuestro destino. La responsabilidad de este conocimiento implica la capacidad de poder evaluar las consecuencias de nuestras acciones concibiéndonos como individuos sociales.

El humanismo tiene una concepción opuesta al humano como proyecto, presupone la existencia de una humanidad como esencia, de una esencia de lo humano, el problema es definir en qué consiste esa esencia que se mantendrá constante en todos los contextos culturales sin partir de concepciones surgidas de la historia, sin embargo es de suma importancia pues es la base de los Derechos Humanos que representan la mayor protección de los niños y adolescentes en cualquier situación, bajo cualquier condición y se han colocado como predominantes en la legislación nacional.

Otro concepto importante de revisar para el tema del TDAH es el de bio poder propuesto por Foucault⁵¹ quien sostiene que la medicina occidental evolucionó hasta hacerse cargo del

⁵⁰ Sartre

⁵¹ la medicina moderna es una medicina social que tiene por background una cierta tecnología del cuerpo social; que la medicina es una práctica social que solamente en uno de sus aspectos es individualista y valoriza las relaciones médico paciente. [...] Mi hipótesis es que con el capitalismo no se dio el pasaje de una medicina colectiva para una medicina privada, sino justamente lo contrario; que el capitalismo, desarrollándose a finales del siglo XVIII e inicio del siglo XIX, socializó el cuerpo en cuanto fuerza de producción, fuerza de trabajo. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la consciencia o por la ideología, sino que comienza en el cuerpo, con el cuerpo. Fue en lo biológico, en lo somático, en lo corporal donde, antes que todo, invirtió la sociedad capitalista. El cuerpo es una realidad bio-política. La medicina es una estrategia bio-política (Foucault 2007)

cuerpo y de su salud como fuerza de trabajo, como fuerza de producción, hasta ocuparse no sobre el cuerpo individualizado sino sobre el cuerpo social, según esta teoría la medicina desarrollada a partir del siglo XIX tiene como fin controlar el cuerpo y la salud de los pobres y los trabajadores para optimizar su rendimiento. La crítica sobre las bioidentidades que surgen a partir de este concepto tiene lugar en el TDAH, al encontrarse que el concepto de funcionamiento, disfunción o discapacidad necesarios para el hacer el diagnóstico, se definen a partir del otro, son contextuales según el ambiente, se miden a través de los días laborales perdidos y no a través de mediciones de calidad de vida

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es actualmente considerado un trastorno neurobiológico con la más alta prevalencia en la infancia, independientemente del contexto cultural y social. Bajo la conceptualización actual basada en el consenso médico (Manual Diagnóstico y Estadístico versión 4 revisada y la Clasificación Internacional de las Enfermedades) se han podido encontrar los síntomas del diagnóstico en todo el mundo.

Se reconoce que las consecuencias asociadas al trastorno están presentes en los ámbitos individual, familiar y social, así como el beneficio de hacer una identificación oportuna y una intervención individualizada para la prevención de consecuencias. Sin embargo, el tema no está libre de controversias incluso desde la concepción del trastorno, la práctica clínica norteamericana considera al desorden como un problema médico con base neurobiológica que requiere tratamiento multimodal para la prevención de consecuencias, el consenso europeo reconoce que el diagnóstico de TDAH en la infancia es controversial al entrecruzarse las ideas del TDAH como una condición médica versus un extremo del espectro normal de la conducta humana.⁵² De esta manera ¿el TDAH es algo que se tiene?, ¿o es algo que se es?

La identidad resultante de cómo cada persona resuelve esta pregunta nos regresa al humano como “ser en el tiempo”, donde los cambios culturales, sociales y tecnológico se acompañan de nuevas actitudes que hacen referencia al individuo como principal autoridad decisoria sobre valores, estilos de vida y metas personales.

⁵² El consenso de la British Association for Psychopharmacology es que las conductas extremas caracterizadas bajo el actual sistema de diagnóstico, representan una condición clínica en la cual muchos de los comportamientos causan problemas al individuo afectado, son identificados por otros y pueden responder a varias formas de tratamiento clínico u otras formas de manejo, como la reestructuración del ambiente.

El estigma asociado a la enfermedad mental es una barrera para el tratamiento reconocida en diversos estudios, la reflexión de la propia conducta y el proyecto de vida, de acuerdo o no a los estándares establecidos socialmente implica la integridad de los procesos cognitivos (alterados en el TDAH), el respeto a la diversidad y la adecuación de los sistemas sociales a esta diversidad para disminuir el impacto de la discapacidad puede ayudar a proteger a individuos vulnerables por su edad, condición de salud o diferencia cultural.

El cuidado de los niños y adolescentes es un derecho establecido en los decretos y leyes nacionales e internacionales, considerar al TDAH como un problema de salud mental o una discapacidad daría acceso a la protección de la salud que es un tema prioritario en las agendas políticas nacionales.

El reconocimiento del trastorno brinda oportunidades de acceso al cuidado en el sistema de salud y escolar, en el estado actual de conocimiento no es posible determinar que tanto el TDAH es una variante extrema de la conducta normal o una categoría distinta, sin embargo, si está comprobada la mejoría de los síntomas del TDAH con el tratamiento (particularmente, pero no exclusivamente) farmacológico.

La Organización Mundial de la Salud establece como programas prioritarios la atención a la salud mental, cada vez más reconocidos como causantes de disfunción y discapacidad. La mayoría de las enfermedades mentales de la adultez tienen un curso crónico que inició en la infancia, el TDAH es actualmente reconocido como comorbilidad en los trastornos mentales de la edad adulta. La posibilidad de hacer prevención implica el reconocimiento de los factores de riesgo, considerando aquellos que influyen en el pronóstico y evolución del TDAH en niños y adolescentes por un lado, y al TDAH como factor de riesgo para otros trastornos bien documentados (uso y abuso de sustancias, trastornos de conducta, trastornos depresivos y de ansiedad) por el otro.

Muchos niños y sobre todo adolescentes con TDAH pueden decidir sobre su tratamiento, el impacto de un tratamiento depende de la participación de todas las partes, individuo, familia, escuela, médico, sistema de salud, ambiente cultural y económico. La intervención

médica necesariamente influirá en la identidad de estos jóvenes como individuos portadores de TDAH o personas TDAH.

La libertad de elección depende de la capacidad propia o concedida por el estatus moral y legal del individuo, los niños ya adolescentes más allá de su capacidad individual de tomar decisiones, se encuentran insertos en un ámbito sociocultural que los hace especialmente vulnerables, requiriendo por tanto una protección especial. Conceptualizar al TDAH como una discapacidad podría protegerlos con estrategias individualizadas acordes a cada necesidad, pero al mismo tiempo podría vulnerarlos aun más al favorecer la identidad de discapacitados, altamente discriminada en nuestro país.

RECOMENDACIONES

Los principios generales de atención para la evaluación y tratamiento de los niños y adolescentes con TDAH deben estar basados en las guías clínicas con mayor nivel de evidencia científica

La intervención deberá tomar en cuenta las creencias, opiniones y capacidades del niño o adolescente con TDAH y sus familias, bajo el principio del interés superior del niño, como principio rector de cualquier intervención.

La información con base científica deberá ser el fundamento para la toma de decisiones médicas, evaluando en cada caso los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

El tratamiento debe ser consensuado entre los participantes de la toma de decisiones para el manejo del TDAH en el menor.

El proceso de compartir información deberá tener como producto final el consentimiento informado.

Las consecuencias sociales, personales y familiares de la discapacidad y el TDAH deberán ser objeto de investigación en México, ante la mayor vulnerabilidad del TDAH asociado a pobreza, acceso limitado de recursos de salud y escolares.

La observación y cumplimiento de los Derechos Humanos, los Derechos de los Niños y los Derechos de las personas con Discapacidad deberían ser considerados como requerimientos mínimos para satisfacer las necesidades de los niños y adolescentes con TDAH.

Bajo el principio de equidad, los niños y adolescentes con TDAH deberán tener acceso a todas las posibilidades de atención a la salud y educación, en particular aquellos más vulnerables por las condiciones sociales, culturales y económicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Alcalá Ramírez, Julián, González Guzmán, Rafael. La Dimensión Ética En Políticas Actuales De Salud En México Y América Latina. Tesis para obtener el grado de Maestro. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Diciembre de 2008.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DS;-IV-TR. Washington, D.C. 2000
3. Arantes, G.F., Coehlo, R. Bioética e Psiquiatria: Praticas Conceiliaveis. Rev Portuguesa Psicossomatica. 2005; 7(1-2):195.206.
4. Barkley RA: Attention-deficit hyperactivity disorder. In *Child Psychopathology* Edited by: Mash EJ, Barkley RA. New York: Guilford Press; 2006:63-112.
5. Barkley, R.A. Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*. 1997; 121: 65-94.
6. Bell: A Critical Review of ADHD Diagnostic Criteria: What to Address in the DSM-V. *J. of Att. Dis*. 2010; XX(X) 1-XX)
7. Bonilla, Alcira. B. ¿Quién es el Sujeto de la Bioética? Reflexiones sobre la vulnerabilidad, en: *Bioética y Salud Mental. Intersecciones y Dilemas*. Buenos Aires, Alcadia, 2006, pp. 77-88.
8. Breeding, J. (2002). *True nature and great misunderstandings on how we care for our children according to our understanding*. Austin, TX: Sunbelt Eakin.
9. *Broncano, Fernando, La melancolía del ciborg. Ed. Heder. España, 2009.*
10. Bush G: Neuroimaging of attention deficit hyperactivity disorder: can new imaging findings be integrated in clinical practice? *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008, 17:385-404.

11. Cano Valle. Los Derechos Humanos de la Infancia, Salud y Medio Ambiente: en: Bioética, legislación, políticas públicas y derechos Humanos. Graciela Rodríguez, Coord. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. 1ra ed.; México 2004.
12. Carlber, A. 2000 “Fundamentos para una bioética europea” Conferencia pronunciada en enero en el Simposio Por la Vida, Organizado por el Instituto Juan Pablo II de Valencia
13. *Casa, Madrid Mata Octavio Roberto*. Los Derechos De Los Pacientes. Prevención De La Violencia, Atención A Grupos Vulnerables Y Los Derechos Humanos. Los Derechos De Los Pacientes. Fascículo 4. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México, 2003.
14. De la Peña, F. El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en México y Latinoamérica, Avances y Retos para el Diagnóstico, el Tratamiento y la Investigación. *Salud Mental*; 32(Supl 1): 1-2.
15. Diario Oficial de la Federación 12 de mayo de 1981. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) Depósito del instrumento de adhesión: 23 de marzo de 1981. En vigor para México: 23 de junio de 1981.
16. Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 1991. Convención sobre los Derechos del Niño (1989) Depósito del instrumento de ratificación: 21 de septiembre de 1990. En vigor para México: 21 de octubre de 1990.
17. Diario Oficial de la Federación el 7 de mayo de 1981. Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica” (1969) Depósito del instrumento de ratificación: 24 de marzo de 1981. En vigor para México: 24 de marzo de 1981.
18. Dopheide, J., Pliszka, S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: an Update. *Pharmacotherapy*. 2009; 29:656.679.

19. Douglas, V.I. Stop, Look and Listen: The Problem of Sustained Attention and Impulse Control in Hyperactive and Normal Children. *Canadian Journal Behavioral Science*. 1972; 4: 259-282.
20. Fajardo Ortiz, Guillermo. El Ahora y el Aquí. Propuestas y Nuevos Retos. En: *Perspectiva Histórica de Atención a la Salud en México, 1902-2002*. Fajardo, O.G, Carrillo, A.M., Neri, V.R. Organización Panamericana de la Salud. México 2002.
21. Faraone, S., Biderman J, Spencer, T., Aleardi, M. Comparing the Efficacy on Medications for ADHD using meta-analysis. *Med Gen Med*. 2006; 8_ 4-
22. González Roberto. Emmanuel Mouniier y el Existencialismo Ateo: Debate en Torno a la Intersubjetividad y la Muerte. *Pers Bioet*. 2010; 1(14):67-83.
23. González, Juliana. *Ética y Libertad*. Fondo de Cultura económica, 2da Ed. México. D.F 1997
24. Gonzalez, S. *La salud mental en México*. Director General de los Servicios de Salud Mental <http://www.conadic.gob.mx/doctos/salmen.htm> Consultado el 07/02/05
25. Hattie, J.A.; Myers, J.E.; Sweeney, T.J. (2004). «A factor structure of wellness: Theory, assessment, analysis and practice» *Journal of Counseling and Development*. Vol. 82. pp. 354-364.
26. Heidegger M. *El ser y el tiempo*. México: FCE; 1997.
27. Hill, S., Steinhauer. S. Childhood Risk Factors for Young Adult Substance Dependence Outcome in Offspring from Multiplex Alcohol Dependence Families: A Prospective Study. *Biol Psychiatry*. 2008; in press.
28. Iniciativa que reforma diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de psicología y psiquiatría, a cargo del Diputado José Antonio Cabello Gil, del Grupo Parlamentario del PAN. *Gaceta Parlamentaria*, Cámara de Diputados, número 1844-III, martes 20 de septiembre de 2005. <http://gaceta.diputados.gob.mx/>

29. Kottow, Miguel. Bienestar, Dolor y Sufrimiento, en: Diccionario Latinoamericano de Bioética. UNESCO. Colombia 2008; Pp 57-58.
30. Lakoff, A. (2000). Adaptive Will: The Evolution of Attention Deficit Disorder. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. Vol. 36 (2), 149-169.
31. Lauffer, M., Denhoff, E., Hyperkinetic Behavior Syndrome in Children. *Journal of Pediatrics*. 1957; 463-474.
32. Lolas, F. Diagnóstico Psiquiátrico: Rótulo, Trastorno, Comorbilidad. *Rev Med Chile (online)*. 2000; 128-7.
33. Lolas, F. Ética en psiquiatría: Marco General. *World Psychiatry (Ed Esp)*. Dic 2006; 4:185-187.
34. Lolas, F. La Bioética en el Contexto de los Programas Globales de Salud. *Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health*. 1999, 6(1):65-68.
35. Lynn, M. Theory Can Be Relevant; An Overview if Bioethics for the Practicing Child and Adolescent Psychiatrist. *Child and Adolescent Psych Clin North Am*. 2008, 7(1):1-16.
36. Medina Mora, M. E., Villatoro J. *La epidemiología de la salud mental en México*. Boletín especial de salud mental. Resumen del trabajo “La salud mental en México. Retos y perspectivas”. *Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP)*. <http://www.conadic.gob.mx/doctos/epidism.htm>. Consultado el 07/02/05
37. Mill, John S. (1.970): Sobre la libertad. Alianza Editorial, Madrid.
38. *Miralles Sangro Pedro-Pablo*. La importancia de los derechos humanos y la protección del menor para el derecho internacional privado convencional: *regionalismo, universalismo y globalización*. En: pasado, presente y futuro de los derechos humanos. Yolanda Gómez Sánchez (Coordinadora). Comisión Nacional De Los Derechos Humanos. México, 2004.

39. Molina, J.A. La Dignidad Humana en el Transcurso de La Vida. Una Reflexión desde la Bioética. *Bioética*. 2008; Ene-Abr, 4-9
40. Monsalve, Luisa, Preferencia y Elección, en: *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. UNESCO. Colombia; 2008. Pp102-105
41. Myers, J.E.; Sweeny, T.J.; Witmer, J.M. (2000). The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling and Development* (*tr.es. "La rueda del bienestar y la consejería"*) (vol. 78), pp. 251-266.
42. Nietzsche, F. *Humano, demasiado humano*. M. Aguilar Editor, Madrid. 1932
43. Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 2004.
44. Parens, E., Johnston, J. Facts, Values, and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD); an Update on the Controversies. *Child and Adolescent Psych Mental Health*. 2009, 3(1): 1-17.
45. Pliszka S: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007, 46:894-921
46. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA: The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007, 164:942-948.
47. Polanzyc, G., Rhode., M., Lessa, H., et. Al. ADHD treatment in Latin America and the Caribbean. *J Am Acad Child Adolesc Psych*.
48. Restrepo, J.E. Is an Epistemological Recalibration of Psychiatry Necessary? *Rev Colomb Psiquiatr.*, July/Sept. 2007, vol.36, no.3, p.508-529.

49. Roland, S.F. Principios Bioéticos en Salud Pública: Limitaciones y Propuestas. *Cad de Saúde Pública*. 2001; 17(4).
50. Saldaña, Javier. Derechos del Enfermo Mental. Universidad Nacional Autónoma de México. México 2000.
51. Sartre JP. *El ser y la nada*. México: Alianza; 1999.
52. Sass, Hans-Martin, *La Bioética: Fundamentos filosóficos y aplicación*,
53. Shaw P, Gornick M, Lerch J, Addington A, Seal J, Greenstein D, Sharp W, Evans A, Giedd JN, Castellanos FX, Rapoport JL: Polymorphisms of the dopamine D4 receptor, clinical outcome, and cortical structure in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2007, 64:921-931.
54. Shing, I. Beyond Polemics: Science and Ethics of ADHD. *Nature Reviews*. 2008, 9:957-964.
55. Singh I: Clinical implications of ethical concepts: moral self understandings in children taking methylphenidate for ADHD. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2007, 12:167-182.
56. Slotzer, J.M. The ADHD Epidemic in America. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. 2007; 9(2): 109-116
57. Sondheimer, A, Klykylo, W. The Ethics Committees of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and the American Psychiatric Association: History, Process, Education, and Advocacy. *Child Adolescent Psych Clin North Am*. 2008; 17(1):225-236.
58. Staines, V. G. Legislación y Políticas Públicas. Un caso. Los derechos Fundamentales de la Juventud; en: *Bioética, legislación, políticas públicas y derechos Humanos*. Graciela Rodríguez, Coord. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. 1ra ed.; México 2004.

59. Still, G.F. Some abnormal Physical Condition in Children. *Lancet*. 1902; April, 1008-1012.
60. Tamez, P. B. *Los Derechos del Niño. Un Compendio de Instrumentos Internacionales*. México: Comisión Nacional De Los Derechos Humanos. México, 2005.
61. Taylor, E. *et al.* European clinical guidelines for hyperkinetic disorder — first upgrade. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 13 (suppl. 1), i7–i30 (2004).
62. UNICEF, Convención de los derechos de los Niños, 1990.
63. Williams, *La ética y los límites de la filosofía*, Caracas, Monte Ávila, 1991
64. World Health Organization. Atlas. Child and Adolescent Mental Health Resources. Global Concerns: Implications for the Future. World Health Organization 2005.
65. Zambrano, Carlos Vladimir, *Cuerpos, Tecnologías y Bioética y Culturas. Dilemas Culturales*. *Rev Col Bioet.* 20072(1), 53-92.