

---

## PERSPECTIVA BIOÉTICA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

DIEGO JOSÉ GARCÍA CAPILLA

Médico y Profesor de Filosofía Moral  
Universidad de Murcia  
dgc86y@gmail.com

M<sup>a</sup> JOSÉ TORRALBA MADRID

Profesora Titular de Enfermería  
Universidad de Murcia  
mjtorral@um.es

---

**RESUMEN:** La aparición del Estado del bienestar a mitad del siglo XX tuvo consecuencias sanitarias que culminan con el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y el deber de asistencia sanitaria del Estado, con una extensión de la medicina a campos desconocidos, medicalizando la vida de las personas. El TDAH es un caso paradigmático, convirtiéndose en una patología psiquiátrica a partir de su inclusión en el DSM-III 1980, con inconsistencias y subjetividad en las clasificaciones. La etiología del trastorno es desconocida, su diagnóstico es subjetivo y dudoso, su tratamiento poco efectivo y con riesgos, incrementando el número de casos diagnosticados y los beneficios de la industria farmacéutica. Desde la Bioética se impone una reflexión sobre los posibles daños derivados de la medicalización (no-maleficencia), una prudente actuación de los profesionales (beneficencia), respeto al criterio de niños y adolescentes (autonomía) y una perspectiva crítica en relación con el gasto derivado de su diagnóstico (justicia).

**PALABRAS CLAVE:** bienestar, medicalización, TDAH, Bioética.

**ABSTRACT:** The emergence of the welfare state in the mid-twentieth century had health consequences that culminated in the recognition of the right to health protection and the duty of health care of the State, with an extension of medicine to unknown fields, medicalizing the life of people. ADHD is a paradigmatic case, becoming a psychiatric pathology due to its inclusion in the DSM-III 1980, with inconsistencies and subjectivity in the classifications. The etiology of the disorder is unknown, its diagnosis is subjective and doubtful, its treatment ineffective and with risks, increasing the number of cases diagnosed and the benefits of the pharmaceutical industry. From the Bioethics a reflection on the possible damages derived from the medicalization (non maleficence), a prudent action of the professional (beneficence), respect to the criterion of children and adolescents (autonomy) and a critical perspective in relation to the expense is imposed derived from his diagnosis (justice).

**KEYWORDS:** welfare, medicalizing, ADHD, Bioethics.

---

**SUMARIO:** I. INTRODUCCIÓN - II. GENEALOGÍA DEL TDAH: PARADIGMA DE MEDICALIZACIÓN DE UNA CONDUCTA INFANTIL - III. ETIOLOGÍA DESCONOCIDA, DIAGNÓSTICO SUBJETIVO Y TRATAMIENTO POCO EFECTIVO EN LA HISTORIA DEL TDAH - IV. ANÁLISIS BIOÉTICO DEL TDAH - V. CONCLUSIONES - VI. BIBLIOGRAFÍA.

## I. INTRODUCCIÓN

---

El presente artículo tiene como objetivo abordar los conflictos que se plantean en el ámbito bioético derivados del diagnóstico y tratamiento del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Se empieza mostrando los datos obtenidos de la literatura científica en relación con el TDAH, introduciendo la duda acerca de la pertinencia de crear una categoría diagnóstica y establecer un tratamiento en los casos compatibles con su inclusión en esta categoría. Posteriormente se analizan, desde la perspectiva bioética, las consecuencias de la genealogía y creación de la categoría, de su diagnóstico y tratamiento.

El TDAH empezó a ser descrito en 1902 y fue recogido con esta denominación en el DSM-III de 1980 (Manual de Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría), convirtiéndose en un caso paradigmático de cómo una conducta pasa a ser una de las patologías psiquiátricas recogidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS o en el citado DSM. Se ha estudiado la evolución del TDAH a lo largo de las distintas versiones del DSM, observándose que su conceptualización ha experimentado cambios muy pronunciados a lo largo de la historia sin una dirección definida.

Los factores que añaden confusión en el caso del TDAH es su etiología desconocida, su diagnóstico subjetivo basado en consensos profesionales en torno a una serie de síntomas y un tratamiento ineficaz a corto y largo plazo en el que la Industria Farmacéutica ha obtenido importantes beneficios.

Se considera que el TDAH tiene una relación importante con el Estado de Bienestar y la medicalización de la vida, diagnosticado y tratando problemas no médicos como si fuesen médicos, incluyéndose como enfermedades o trastornos. El abordaje bioético del trastorno debería tener en cuenta la complejidad del mismo y su carácter poliédrico destacando el principio bioético de no maleficencia, procurando evitar el perjuicio de las personas que presentan síntomas compatibles con su diagnóstico y tratamiento, teniendo en cuenta la mencionada subjetividad de los criterios diagnósticos y la escasa utilidad del tratamiento. Desde esta perspectiva, así como la impuesta por el principio de beneficencia, actuando teniendo en cuenta el mayor bien del paciente, se considera que lo aconsejable es aconsejar la espera prudente ante el comienzo de síntomas leves o dudosos ante la posibilidad de una situación transitoria que pueda resolverse espontáneamente con el tiempo. Se impone, pues, un diagnóstico prudente y gradual y un tratamiento en el que la opción farmacológica fuese el último recurso, empleado durante el menor tiempo posible.

## II. GENEALOGÍA DEL TDAH: PARADIGMA DE MEDICALIZACIÓN DE UNA CONDUCTA INFANTIL

---

La medicalización de conductas es un proceso sencillo y habitual en el ámbito de la Psiquiatría porque los criterios de diagnóstico de sus patologías dependen del juicio subjetivo de los profesionales ante la escasa o nula existencia de pruebas biológicas que permitan diagnósticos objetivos. El caso del TDAH es un ejemplo de cómo una conducta pasa a ser una más de la lista de patologías psiquiátricas recogidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) auspiciada por la OMS y el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, siendo este último claramente dominante en la literatura científica (Sáiz, 2013, 5).



El TDAH empezó a ser descrito en 1902 por el pediatra británico George Frederick Still en unas publicaciones sobre conferencias en las que se recogen los casos de veinte niños de inteligencia normal pero con “arrebatos violentos, travesuras lascivas, destructividad y una insensibilidad al castigo”, considerando que su mala conducta se debía a un problema biológico, haciendo referencia a una disfunción cerebral mínima sin la existencia de una enfermedad o trauma que pudiera causarlo (Whitaker, 2015, 264).

En 1952, el DSM-I se refiere al trastorno como «síndrome orgánico cerebral» (también recogido en la CIE-6 de 1948). En 1956 el laboratorio Ciba-Geigy sacó al mercado un fármaco, Ritalin (cuyo principio activo es metilfenidato), considerándose un fármaco útil para el tratamiento de niños con síndrome orgánico cerebral (En España se autorizó en 1981). En la década de 1970 a 1980 empezó a aumentar el uso del fármaco, llegando a 150.000 niños norteamericanos al final de la década. En 1980 apareció por primera vez el «trastorno por déficit de atención» en el DSM-III, relajando los criterios diagnósticos (hiperactividad, falta de atención e impulsividad), que son establecidos por un consenso profesional sin que existiera ninguna prueba objetiva. En 1987 se publica la edición revisada del DSM-III volviendo a relajar las fronteras diagnósticas, utilizando un nuevo nombre: «Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad» Ciba-Geigy ayudó a fundar la Asociación "Niños y Adultos con Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad" que empezó a promover la conciencia pública sobre esa enfermedad. En 1990 había un millón de niños con diagnóstico de TDAH en Estados Unidos, pasando a dos millones en 1995 y a tres millones y medio en 2015 (Whitaker, 2015, 266).

En una revisión de la evolución del TDAH a lo largo de las distintas versiones de la clasificación DSM (del DSM-I de 1952 al DSM-5 de 2013) se observa que “la conceptualización del TDAH ha experimentado a lo largo de la historia cambios muy pronunciados, a menudo carentes de una dirección definida, e inconsistentes entre las principales clasificaciones” (Sáiz, 2013, 5). Igualmente, la validación de las escalas (DSM y CIE) tiene como única referencia el juicio clínico del evaluador, introduciendo un criterio exclusivamente subjetivo en el diagnóstico, sin la existencia de marcadores orgánicos.

La Asociación de Psiquiatría Norteamericana (APA) a través de las sucesivas publicaciones de los DSM, las diferentes CIE y la Psiquiatría académica, contribuyeron decisivamente desde el ámbito institucional a establecer y consolidar el diagnóstico del TDAH a partir de criterios variables e inconsistentes por excesivamente subjetivos, medicalizando conductas de niños que dudosamente deberían haber pasado a incluirse en una categoría epistemológica con denominación variable en las guías y con consecuencias terapéuticas inevitables.

La estrecha unión entre saber y poder (instituciones académicas e industria farmacológica) han hecho posible la genealogía del TDAH como un ejemplo paradigmático del proceso de medicalización de una conducta infantil. El incremento significativo del número de casos diagnosticados a partir de criterios profesionales subjetivos, ha repercutido en una mayor influencia de la Psiquiatría y de los psiquiatras en la sociedad. La industria farmacéutica no ha sido ajena a este significativo incremento de pacientes, con un aumento considerable de los ingresos por fármacos recomendados y utilizados para el tratamiento. Sáiz se refiere a la “llamativa coincidencia temporal de la publicación de los criterios DSM-5 y la autorización en varios países europeos de la nueva indicación para adultos de la atomoxetina (Strattera, Lilly), con el dato adicional de que destacados responsables en la elaboración de criterios diagnósticos exhiben notorios vínculos con el fabricante” (Sáiz, 2013, 6).



### III. ETIOLOGÍA DESCONOCIDA, DIAGNÓSTICO SUBJETIVO Y TRATAMIENTO POCO EFECTIVO EN LA HISTORIA DEL TDAH

La etiología del TDAH es desconocida, dato que permite especular sobre factores causantes y mecanismo de acción de los fármacos para el tratamiento. Los intentos por encontrar una base psicológica han resultado fallidos y los estudios de imagen no han encontrado ningún sustrato neuropatológico (Whitaker, 2015, 266). Pero la Psiquiatría creó en 1980 con el DSM-III una definición del TDAH.

Se ha citado una diversidad de posibles causas, ambientales (familia, escuela, cultura), dietéticas (toxinas, intolerancias), diferencias psicológicas individuales (cognitivas, emocionales), iatrogenia o factores pre y perinatales, pero en el discurso científico dominante se consideran, en el mejor de los casos, factores secundarios de la explicación principal de tipo neurobiológico (componente genético y desequilibrio de neurotransmisores). En los estudios genéticos aún no se ha encontrado ningún marcador para el TDAH. En las pruebas de neuroimagen, los datos funcionales y estructurales no revelan una etiología específica. La búsqueda de una causa de desequilibrio químico, relacionado con una alteración en el metabolismo y transporte de la dopamina se han hecho a posteriori, distorsionando el mecanismo explicativo del trastorno: primero se utilizaron los fármacos y después se trata de explicar el trastorno en función de los efectos de los mismos (Sáiz, 2013, 3-4).

En cuanto al diagnóstico del TDAH, Peter Gøtzsche afirma, en el capítulo dedicado a este trastorno, que “el diagnóstico del TDAH infantil se lo inventó en 1980 el DSM-III” (Gøtzsche, 2016, 159). El diagnóstico es subjetivo, basado en un consenso de profesionales en torno a un conjunto de síntomas, sin pruebas objetivas genéticas, de neuroimagen o bioquímicas en relación con disfunción de neurotransmisores. Como dice Allen Frances:

*Actualmente, diagnosticamos como trastornos mentales problemas conductuales y de atención que antes se consideraban parte de la vida y de la variedad individual. La prueba más convincente de ello procede de un extenso estudio del que se desprende una conclusión especialmente sorprendente. La fecha de nacimiento de un niño permitía predecir con mucha seguridad si se le diagnosticaría o no de TDAH. El riesgo de los niños nacidos en diciembre era un 70% mayor que de los nacidos en enero, simplemente porque el 1 de enero era la fecha límite de asignación de grado (Frances, 2014, 172-173)*

Sáiz expresa en su artículo que el diagnóstico del TDAH puede realizarse a partir de los criterios DSM o CIE. Sin embargo, el autor muestra su escepticismo sobre el diagnóstico ya que “la conceptualización del TDAH ha experimentado a lo largo de la historia cambios muy pronunciados, a menudo carentes de una dirección definida, e inconsistentes entre las principales clasificaciones” (Sáiz, 2013, 5). Los criterios diagnósticos del DSM “son imprecisos y discutibles, provocando en gran medida una epidemia planetaria de trastornos de atención [...] y la actualización del catálogo del DSM-5 parece estar lejos de corregir las fallas del antecesor [...] permitiendo albergar bajo su paraguas diagnóstico un amplio número de población infantil y adulta casi inimaginable” (López, 2015, 176).

El método fundamental del diagnóstico consiste en la observación de determinadas áreas de comportamiento: la presencia o ausencia de determinadas conductas y su frecuencia son los criterios que determinan la inclusión diagnóstica. En algunos estudios se señala que este diagnóstico no se hace por profesionales especializados, siendo padres y profesores los principales encargados de hacer las observaciones sobre las que se genera un diagnóstico, no



siendo una metodología observacional adecuada que respete las pautas de fiabilidad y validez dignas de un registro de confianza (López, 2015, 178).

Además de la inconsistencia del diagnóstico derivada del uso de los criterios DSM o CIE, hay que mencionar el interés del marketing farmacéutico en el apartado de diagnóstico y tratamiento por su relación evidente con un aumento de beneficios: el negocio del TDAH produjo en Estados Unidos un beneficio cercano a los 9.000 millones de dólares (Valverde, 2015, 18).

Valverde hace una reflexión crítica de dos documentos con una implicación directa en el diagnóstico y tratamiento del TDAH: El Libro Blanco (TDAH: hacer visible lo invisible) y la Guía de Práctica Clínica española sobre el TDAH en niños y adolescentes. El Libro Blanco sobre TDAH de Young, Fitzgerald y Postma, fue presentado en mayo de 2013 (con voces diversas implicadas en el mensaje: parlamento europeo, expertos, afectados, familias, asociaciones, escuela), resaltando que uno de los pilares básicos de actuación es aumentar el diagnóstico preciso y temprano (se trata de un trastorno infradiagnosticado) y asegurar el acceso a un tratamiento adecuado (también es un trastorno inadecuadamente tratado). Se trata de un documento de 32 páginas con un lazo evidente con la industria farmacéutica, impulsado y financiado por Shire AG (empresa líder en el sector del TDAH que ingresó 1800 millones de dólares en 2012 por sus fármacos en este campo), con el apoyo del European Brain Council y Global Alliance of Mental Illness Advocay Networks y el apoyo para la redacción médica ha sido proporcionado por APCO Worldwide (asociación que tiene como miembros a asociaciones de científicos, pacientes y empresas farmacéuticas, con función similar a un lobby) y Complete Medical Communications (organización que incluye a otras asociaciones en defensa de los pacientes, que en 2013 recibió fondos de la industria farmacéutica que superaban los 100.000 euros) (Valverde, 2015, 12-15).

La Guía de Práctica Clínica española sobre el TDAH de 2010, muestra que dos tercios de la composición declarada de sus participantes tienen lazos con la industria farmacéutica (Valverde, 2015, 19). Esta Guía fue financiada por el Ministerio de Sanidad y presenta importantes limitaciones, destacando entre las más relevantes, según Sáiz: aspectos relacionados con la composición del grupo elaborador, estrategia de búsqueda de la evidencia, congruencia entre evidencia y recomendaciones sobre beneficios y seguridad, o el inadecuado manejo de los conflictos de interés, con un número considerable de participantes vinculados a la industria farmacéutica relacionada con el TDAH (Sáiz, 2013, 11).

En general, el tratamiento del TDAH tiene dos posibilidades no excluyentes de abordaje: el tratamiento farmacológico y el no farmacológico. El primero incluye los fármacos estimulantes y los no estimulantes. Los estimulantes mejoran no solo los síntomas y el deterioro asociado al comportamiento, sino también problemas concomitantes como la irritabilidad, cambios de humor, baja autoestima, problemas cognitivos y el funcionamiento social y familiar. En España hay dos clases de estimulantes aprobados para el TDAH: metilfenidato y anfetaminas (lisdexanfetamina, usada cuando no hay buena respuesta al metilfenidato). Y, entre los fármacos no estimulantes, está la Atomoxetina (Strattera), siendo el medicamento de segunda opción en el tratamiento del TDAH y se ha usado a corto plazo.

El tratamiento farmacológico del TDAH empezó en 1937 cuando Charles Bradley administró benzedrina (un tipo de anfetamina) a niños hiperactivos con cefalea. El dolor de cabeza no cedía, pero Bradley informó que esta medicación los calmaba y les ayudaba a concentrarse. En 1956 Ciba Geigy sacó al mercado Ritalin (metilfenidato) como tratamiento para la narcolepsia y médicos de la Facultad de Medicina del John Hopkins consideraron que



este fármaco podría calmar la hiperactividad de niños diagnosticados de “síndrome de daño cerebral”.

El mecanismo de acción del metilfenidato consiste en una inhibición de la recaptación de dopamina y noradrenalina en las neuronas presinápticas, aumentando la concentración de estos neurotransmisores en el espacio intersináptico. A corto plazo (4 semanas) se observa una reducción de los síntomas de TDAH: disminución de la actividad motora, de las interrupciones a compañeros, incremento de la vigilancia y aumento de la concentración. Pero esta mejoría es independiente del diagnóstico de TDAH, lo que va en contra de “dar carta de naturaleza a una patología apoyándonos en una acción farmacológica poco específica y capaz de mejorar el rendimiento sin necesidad de psicopatología” (Sáiz, 2013, 7).

El estudio MTA de 2001 (Multimodal Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, financiado por el NIMH-National Institute of Mental Health- norteamericano. Los últimos resultados fueron publicados en 2009 y dieron cuenta del seguimiento a ocho años) ha realizado un seguimiento sobre los efectos del metilfenidato a corto, medio y largo plazo. Es un ensayo multicéntrico con 579 menores de 7 a 10 años, el 80% varones, seleccionados de un grupo de 4541 niños diagnosticados de TDAH sin explicarse los criterios de elección. Se les aleatorizó en cuatro ramas: medicación, tratamiento psicosocial, tratamiento combinado y práctica habitual. A los 14 meses se observó que el 75% de los sujetos con tratamiento psicosocial se mantuvieron con éxito sin medicación; el grupo de medicación superó al psicosocial en sólo 3 de las 19 variables objeto de estudio: estos resultados se pueden interpretar que los niños con terapia conductual y sin fármacos obtuvieron resultados muy similares a los medicados. A pesar de ello, los investigadores financiados por el NIMH proclamaron la eficacia del metilfenidato a los 14 meses. En los estudios a largo plazo, el NIMH que financió el estudio reconoce que “no hay datos a favor del uso del metilfenidato a largo plazo” (Whitaker, 2015, 274). A los 3 años el estudio muestra que ya no hay diferencias entre los que tomaron fármaco y los que no lo hicieron y a los 8 años el pronóstico es peor en aquellos que han sido medicados (En la Guía de Práctica Clínica española este dato no se recoge) (Valverde, 2015, 20)

En un artículo de revisión bibliográfica realizado en 2013 por Valverde e Inchauspe refieren:

*Nunca se ha demostrado que funcione el tratamiento farmacológico en ensayos controlados más allá de cuatro semanas, que hay un declive de la mejoría cuando se mantiene el tratamiento a largo plazo, que con los años los niños tratados con fármacos tendrán peor funcionamiento y necesitarán más apoyo escolar en el futuro que los que nunca fueron medicados, que a medio plazo no hay diferencia entre la medicación y una intervención psicológica no muy sofisticada, que pueden producirse daños preocupantes por la toma continuada del fármaco y que el riesgo es mayor con la exposición continuada al mismo. La mejoría en la atención a corto plazo se da en los pacientes diagnosticados de TDAH así como en los demás menores y adultos de forma generalizada con el uso de estimulantes, probablemente en más del 70%. La mejoría, en el mejor de los supuestos, parece darse sólo en dos aspectos y durante unos meses: parcialmente en la atención y el movimiento (Valverde, Inchauspe, 2013, 63-64).*



Los tratamientos no farmacológicos que han mostrado evidencia científica de su eficacia son las intervenciones psicológicas y psicopedagógicas. Las intervenciones psicológicas incluyen la terapia de conducta, el entrenamiento para padres y el entrenamiento en habilidades sociales. Las intervenciones psicopedagógicas incluyen un conjunto de prácticas para mejorar el aprendizaje que se realizan en el contexto escolar (Serrano Troncoso et al., 2013, 54). Una revisión Cochrane concluyó que el entrenamiento de padres puede tener un efecto positivo en el TDAH, pero la metodología de los estudios es de baja calidad, con alto riesgo de sesgos faltando datos para variables importantes (Sáiz, 2013, 11).

#### IV. ANÁLISIS BIOÉTICO DEL TDAH

Hay autores que exponen sus dudas en el sentido de que se estén diagnosticando como trastornos mentales problemas conductuales y de atención que anteriormente se consideraban parte de la vida y de la variedad conductual individual. En este grupo estaría el comportamiento de niños y adultos que a partir de los criterios del DSM-III de 1980 han pasado a calificarse de TDAH. Gøtzsche declara abiertamente que el TDAH no puede considerarse una enfermedad y por ello “deberíamos hacer caso omiso de los criterios para su diagnóstico que aparecen en el DSM y la CIE, y dejar de usar por completo este diagnóstico” (Gøtzsche, 2016, 176). En esta línea el autor aconseja que las personas que crean tener síntomas de TDAH, no deberían ir al médico ya que es muy probable que le diagnostiquen el trastorno y les receten algún medicamento.

El TDAH tiene una relación importante con el Estado de Bienestar y el proceso de medicalización de la vida que se produjo tras la II Guerra Mundial. El Estado de Bienestar vertebró Europa tras la II Guerra Mundial tomando como referencia el modelo keynesiano que institucionalizó derechos sociales (subsidios, servicios generales subvencionados o gratuitos como la educación, la sanidad, la cultura, vivienda, etc.). Las consecuencias sociosanitarias del Estado de bienestar se tradujeron en un reconocimiento del derecho a la protección de la salud y el deber de asistencia sanitaria por parte del Estado, produciéndose en un importante desvío del gasto público a la asistencia sanitaria. Estos cambios influyeron decisivamente en el concepto de salud adoptado por la OMS el 22 de julio de 1946: “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

El hecho de que el Estado de bienestar se hace cargo de la promoción del derecho a la salud, con el deber de asistencia sanitaria, junto con el concepto de salud que se equipara a bienestar van a tener como consecuencia un crecimiento progresivo e indefinido de la asistencia sanitaria, superponiéndose con el ámbito de la vida humana entera, asistiendo al fenómeno de la medicalización de la vida, otorgando un poder creciente a la actividad médica. Lydia Feito se refiere a ello cuando afirma que “la salud, identificada, como nunca antes lo había estado, con el bienestar, en un sentido mucho más amplio que la mera positividad contraria al estado de enfermedad, amplía su perímetro de tal modo que toda la vida humana queda invadida por su influjo” (Feito, 1996, 74).

La medicalización se ha definido como “el proceso por el que problemas no médicos se tratan como problemas médicos, normalmente en términos de enfermedad o trastorno” (Infac, 2005, 30). La revista *British Medical Journal* dedicó en 2002 un monográfico a la medicalización con el título *Too much medicine?*, con el objetivo de atraer la atención sobre “la tendencia en aumento a clasificar como enfermedades los problemas de la gente” (Moynihan y Smith, 2002, 859).



La medicalización es un proceso complejo en el que intervienen actores diversos y voces polifónicas. En él interactúan, a modo de refuerzo, factores epistemológicos (publicaciones, guías, DSM, CIE) e institucionales (asociaciones profesionales, medios de comunicación, industria farmacéutica), produciendo una extensión de la medicina anteriormente desconocida. Frances se refiere a seis factores en el caso concreto del TDAH que refuerzan el proceso de medicalización: cambio de los términos del DSM, campañas publicitarias de la industria a los médicos y al público, amplia cobertura de los medios de comunicación, presiones de padres y profesores para controlar a niños rebeldes, abuso de estimulantes para incrementar el rendimiento, tiempo extra en los exámenes y servicios escolares adicionales para los diagnosticados con TDAH (Frances, 2013, 172).

La medicalización del TDAH también se mueve por intereses profesionales y de la industria farmacéutica. En el ámbito profesional, el incremento de los diagnósticos aumenta el número de pacientes potenciales y la influencia de la Psiquiatría en la sociedad. La industria tiene beneficios evidentes con el aumento de pacientes diagnosticados de TDAH: en Estados Unidos produjo cerca de 9.000 millones de dólares en 2012, con 4,6 millones de menores diagnosticados. Shire, la empresa líder en el sector del TDAH, ingresó 1.800 millones de dólares en 2012 (Valverde, 2015, 18). El proceso de medicalización ha introducido un debate social de mayor envergadura relacionado con la cuestión de cómo y quién elabora el concepto de enfermedad y en qué medida se están utilizando fármacos para controlar socialmente lo culturalmente aceptado (Sáiz, 2013, 5).

La perspectiva bioética del TDAH debería tener en cuenta la complejidad del trastorno y el carácter poliédrico de su abordaje diagnóstico y terapéutico. Los principios bioéticos que se han de tener en cuenta para el juicio moral en cada caso concreto suponen un reto para el objetivo de llegar a juicios óptimos de acción en los que no se excluyan de la valoración ninguna de las múltiples caras del trastorno (la etiología, los síntomas y signos para el diagnóstico, la pertinencia del uso de fármacos u otra terapia para el tratamiento, la evaluación social del caso concreto, etc.).

En los casos de TDAH infantil, hay que tener en cuenta el principio bioético de no maleficencia y la máxima de “*primun non nocere*” que ha de estar detrás de cualquier actuación relativa a un diagnóstico o tratamiento. Un trastorno en el que la etiología es desconocida, el diagnóstico es dudoso, cambiante en el tiempo y subjetivo en su totalidad, sin ninguna prueba objetiva, impone un criterio de máxima precaución para evitar que la consecuencia sea causar un daño al niño diagnosticado con el que se decide empezar un tratamiento farmacológico. Whitaker se refiere a “la contabilización del daño” para referirse a los efectos secundarios del metilfenidato (como fármaco de primera elección en el tratamiento del TDAH): aumento de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca asociados a casos de muerte súbita, pérdida de peso y talla, insomnio, cefaleas, tics, dolor abdominal, trastornos afectivos y psiquiátricos (Whitaker, 2015, 276-277).

El respeto al principio bioético de no maleficencia impone la máxima precaución al psiquiatra que decide diagnosticar y tratar un caso concreto de TDAH infantil. Lo aconsejable sería empezar con un diagnóstico en el que si los síntomas son leves o dudosos, como ocurre en la mayoría de los casos concretos, aconsejar la espera prudente y la observación pues puede tratarse de una situación transitoria, reacciones frente a la familia o situaciones de inmadurez que se resuelven espontáneamente con el tiempo (como el caso de los diagnósticos realizados en niños nacidos en los últimos meses del año, por el corte que se realiza para la escolarización, resultando más inmaduros los nacidos a finales del año natural). Se impone un diagnóstico prudente y gradual y un tratamiento en el que la opción farmacológica debería ser el último



recurso y empleada durante el menor tiempo posible (Sáiz, 2013, 12). Se trataría de evitar la máxima de “disparar primero y apuntar después” que parece ser el mensaje de la industria farmacéutica que recomienda apresurarse en el diagnóstico y en el uso temprano de la medicación, “convirtiendo a niños normales inmaduros en pacientes mentales prematuros sometidos a medicación” (Frances, 2014, 175). La perspectiva de Gøtzsche es radical, con referencia al daño asociado al TDAH resaltando que “el campo del TDAH es un auténtico desastre, en términos de diagnóstico, de investigación clínica y de daños a millones de personas sanas” (Gøtzsche, 2016, 176).

El principio bioético de justicia ha de tenerse en cuenta cuando se realiza un diagnóstico y tratamiento de un TDAH porque el gasto económico citado anteriormente parece inadecuado, teniendo en cuenta las dudas que suscita este trastorno. La actuación conforme al uso racional de recursos disponibles, en relación con los beneficios potenciales que se obtendrían con una inversión en pacientes con TDAH, tendría que adecuarse a una decisión prudente, teniendo en cuenta las críticas expuestas.

El proceso de medicalización está estrechamente relacionado con el principio bioético de justicia y la extensión de la medicina a procesos que anteriormente no formaban parte del ámbito de patologías susceptibles de diagnóstico y tratamiento. El TDAH es un ejemplo paradigmático de medicalización de un comportamiento y su consecuencia es un aumento del gasto sanitario como consecuencia de su inclusión en guías diagnósticas y el uso de fármacos para su posible curación. Las dudas diagnósticas y terapéuticas imponen un criterio de actuación prudente para evitar una inversión inadecuada teniendo en cuenta los beneficios descritos en su tratamiento.

El principio bioético de beneficencia impone una actuación por parte del profesional médico o psiquiatra con el objetivo de lograr efectos beneficiosos para los pacientes evitando hacer daño en la medida de lo posible. En el caso del TDAH en menores hay que preguntarse qué es lo que lo beneficiaría. El principio de beneficencia ha estado presente en la relación entre médico y paciente desde el origen de la medicina occidental. Es el principio ético que se presupone en la actuación del médico dando por hecho que el profesional actuará siempre buscando el mayor beneficio del paciente. En el caso del TDAH en niños, la actuación de beneficencia se incrementa puesto que se trata de casos concretos en los que la autonomía del paciente (o capacidad para decidir sobre decisiones que tienen que ver con el curso de su patología) está limitada o anulada. El psiquiatra ha de tener especial cuidado en el manejo de diagnósticos y tratamientos de comportamientos dudosos en niños por las consecuencias que puedan derivarse. En caso de duda, como suele ser lo habitual, la recomendación habrá de ir por la actuación con menor potencial de perjuicio sobre el niño. Toda actuación de un pediatra o psiquiatra sobre niños o adolescentes, en relación con el TDAH, debería ajustarse a unos estándares que incluyan la idoneidad, la necesidad (concretando si la intervención es necesaria, no existiendo otra intervención más moderada para conseguir el objetivo) y la proporcionalidad (teniendo en cuenta el balance de beneficios y perjuicios) (Ruiz, 2014, 684).

El principio bioético de autonomía en casos de niños y adolescentes diagnosticados de TDAH tiene una especial complejidad por la disminución o anulación de las condiciones que hacen posible la decisión autónoma (el paciente actúe voluntariamente, sea capaz y esté adecuadamente informado). Teniendo en cuenta la legislación española, la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente, podemos encontrarnos con tres situaciones: 1) En casos de menores de 12 años o entre 12 y 16 años sin madurez suficiente, la decisión sobre el diagnóstico y tratamiento corresponderá a los progenitores o tutores. En caso de no existir acuerdo entre los progenitores, el profesional seguirá la decisión del progenitor que



se ajuste a criterios de mayor beneficencia para el menor. En caso de duda o conflictividad especial la recomendación es recurrir a la autorización judicial en protección del menor. 2) Entre los 12 y 16 años deberá valorarse la competencia del menor y la trascendencia de la decisión a tomar, ponderando los riesgos y beneficios a fin de concretar si el menor puede aceptar o rechazar el tratamiento y valorar la implicación de los padres en la toma de decisiones. Si el menor tiene madurez suficiente, prevalecerá su opinión en caso de conflicto con los padres. 3) A partir de los 16 años deberá considerarse al menor como un mayor de edad, salvo situaciones de manifiesta incompetencia, en cuyo caso la decisión habrá de recaer sobre padres o tutores.

El principio de autonomía en casos de TDAH en menores y adolescentes es especialmente importante porque es en este grupo de edad en el que se da el mayor número de casos. Para una actuación moralmente correcta se impone que en cualquier caso se escuche al menor con posible TDAH, planteando la situación y alternativas posibles en un lenguaje adecuado y comprensible, aclarando las dudas y facilitando la cooperación en el diagnóstico y alternativa de terapia (Ruiz, 2014, 685).

## V. CONCLUSIONES

---

El proceso de medicalización es una consecuencia derivada del reconocimiento del derecho a la salud y el deber de asistencia sanitaria, a partir de la segunda mitad del siglo XX por los Estados occidentales, favorecido por el concepto de salud de la OMS de 1946, ambiguo y amplio, que ha permitido una extensión de la medicina a ámbitos que habían quedado fuera de la actuación de esta disciplina. La medicalización de conductas ha extendido la aplicación de la Psiquiatría a comportamientos que, en algún caso, puede generar duda sobre su pertinencia. Los criterios diagnósticos en Psiquiatría dependen, mayoritariamente, del juicio subjetivo de profesionales ante la escasa o nula existencia de pruebas biológicas que puedan ofrecer diagnósticos objetivos, como el caso de otras ramas de la Medicina.

El TDAH es un caso paradigmático de medicalización de un comportamiento, siendo reconocido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS y el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, siendo recogido por primera vez con esta denominación en el DSM-III de 1980, a pesar de tener una antigüedad que se remonta a principios del siglo XX.

La etiología del TDAH es desconocida. El diagnóstico es subjetivo, basado en un consenso profesional en torno a unos síntomas, sin que exista ninguna prueba objetiva (bioquímica, genética o de neuroimagen), habiendo sufrido importantes cambios conceptuales desde sus orígenes. El tratamiento puede ser farmacológico o no farmacológico, no siendo excluyentes ambas posibilidades. Los estudios realizados sobre el tratamiento farmacológico han sido importantes en el caso del metilfenidato, mostrando su eficacia a corto plazo (4 semanas) y la ausencia de mejoría cuando el tratamiento es a más largo plazo. No se dispone de estudios de calidad en relación con los tratamientos no farmacológicos (intervenciones psicológicas -terapia de conducta, entrenamiento para padres y entrenamiento en habilidades sociales- e intervenciones psicopedagógicas).

La perspectiva bioética impone un criterio de prudencia en relación con el diagnóstico y tratamiento del TDAH por parte del profesional médico implicado. El principio de beneficencia presupone que el facultativo actúa guiado por el bien del paciente y el de no maleficencia se materializa evitando cualquier actuación de la que pudiera derivarse un daño. Ante los casos de



síntomas leves o dudosos sería aconsejable una espera prudente para comprobar la evolución del caso concreto. La terapia farmacológica debería ser el último recurso y empleada durante el menor tiempo posible, evitando apresurarse en el diagnóstico y en el uso temprano de la medicación teniendo en cuenta los efectos secundarios y los beneficios que se pueden conseguir. El respeto al principio bioético de justicia supone un reparto equitativo de los recursos sanitarios, por lo que un incremento del gasto en fármacos en relación con el TDAH no parece justificado por la eficacia limitada del metilfenidato, aconsejándose también una prudente distancia de la perspectiva excesivamente optimista de la industria farmacéutica. También adquiere especial relevancia el principio bioético de autonomía porque la mayoría de los diagnósticos se hacen en niños y adolescentes. La autonomía es variable según la edad del menor, pero como criterio general se impone que, en cualquier caso, se escuche al menor con posible diagnóstico de TDAH, utilizando un lenguaje adecuado y comprensible, aclarando dudas y facilitando su integración en el diagnóstico y tratamiento.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- EDITORIAL (2005), “Medicalización de la vida y creación de enfermedades”, en *Información Farmacoterapéutica de la comarca (Infac)*, volumen 13, número 7, 29-32.
- FEITO, L. (1996). “La definición de la salud”, en *Diálogo filosófico*, 34, 61-84.
- FRANCES, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?* Barcelona: Ariel.
- GØTSZCHE, P. (2016). *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Barcelona: Los libros del lince.
- *GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (2010)*. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- LÓPEZ, C. J. (2015). “La medicalización de la infancia en salud mental: el caso paradigmático de los trastornos de atención”, en *Papeles del Psicólogo*, 36 (3) 174-181.
- RUIZ, P. J. (2014). “TDAH: aspectos éticos y legales”, en *Pediatría Integral*. XVIII (9), 678-688.
- SÁIZ, L. C. (2013). “Atentos al déficit de atención. Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva”, en *Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra*, (21), 1-19.
- MOYNIHAN, R, SMITH, R. (2002). “Too much medicine?”, en *British Medical Journal* 324(7342):859-60.
- VALVERDE, M. A. (2015). “El arte de hacer visible lo invisible: el marketing en el TDAH”, en *Norte de salud mental*, (52), 11-26.
- VALVERDE, M. A. Y INCHAUSPE, J. A. (2014). “Alcance y límites del tratamiento farmacológico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes y Guías de Práctica Clínica. Una revisión bibliográfica”, en *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (121), 37-74.
- WHITAKER, R. (2015). *Anatomía de una epidemia*. Madrid: Capitán Swing.
- YOUNG, S., FITZGERALD, M. Y POSTMA, M. (2013), *Hacer visible lo invisible. Libro Blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados*. En [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos\\_adjuntos/libroblancotdah.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos_adjuntos/libroblancotdah.pdf) (consultado el 20 de octubre de 2018)

