

DIAGNOSTICANDO EL (LOS) AUTISMO(S): DE LO EXPERTO A LA ÉTICA

– José Luis Pedreira Massa –

Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños y adolescentes. Máster en Calidad de Servicios Sanitarios. Profesor Tutor de UNED

INTRODUCCIÓN



Periódicamente hay un trastorno o un grupo de trastornos mentales que pasan del más absoluto anonimato, cuando no marginación, a primera página de los periódicos y de las conversaciones. Al final todo el mundo sabe acerca de los trastornos en cuestión, dan lecciones, no importa cuán difícil sea la comprensión o el abordaje del trastorno: desde el “Dr. Internet” al “Dr. dicen que...” todo el mundo habla y se convierte en un “bla, bla, bla...” sin fin.

Pero esta situación se transmite a los profesionales. Ahora todos, sea cual sea su titulación, realizan los diagnósticos, por complejos que éstos sean. Todo el mundo, profesional o no, maneja el DSM de turno, lo hacen con el “Breviario” y se interpretan los criterios y las categorías según convenga. Esta situación no es una democratización del saber, sino una “populización”, me permiten el neologismo, de cosas, pero no del saber ni del conocimiento. Para que fuera una democratización deberían saber los límites y los significados de cada término y de cada concepto.

Diagnosticar por DSM podría estar bien, aprender por DSM es una opción, creer que se domina la ciencia por manejar el DSM es, cuanto menos, una osadía sino una aberración. El DSM es una tabla

diagnóstica de agrupamiento estadístico de los síntomas, pero no es un manual de psicopatología ni de clínica.

Últimamente están apareciendo trabajos en que los chicos pierden el diagnóstico de autismo, trabajos que nos dicen que 3-25% de los casos diagnosticados a los 2 años perdían el diagnóstico con posterioridad (Fein y cols (2012), Sutter y cols. (2007)).

Ante tanto desmán, a veces incommensurable, no queda más remedio que recurrir a los principios éticos del ejercicio profesional y de la deontología en la práctica clínica cotidiana. En muchas ocasiones, cuanto más claro creemos que tenemos una cuestión quizá sea porque no nos hemos hecho las preguntas suficientes.

PRINCIPIOS GENERALES DE BIOÉTICA

Según autores como L. Beauchamp & James Childress (1994) y Diego Gracia (1994), se destacan cuatro principios básicos: 1) Principio de beneficencia: la acción terapéutica que se propone proporcionar beneficios suficientes que compensen los posibles riesgos que pudieran producirse o provocar. 2) Principio de autonomía: respetar la capacidad de tomar la decisión de las personas autónomas. 3) Principio de justicia: imparcialidad en la distribución de beneficios y riesgos. 4) Principio de no maleficencia: evitar que lo que se haga no cause más daño que el dejar la libre evolución o emplear un remedio ya conocido.

Los contenidos de cada uno de estos principios los sistematizamos de la siguiente forma:

1. Principio de beneficencia: consiste en no perjudicar más con la investigación o la técnica terapéutica que se propone al paciente que dejando la libre evolu-

ción de los procesos. La posibilidad de riesgo debe minimizarse, en proporción a los supuestos beneficios que se podían obtener. Hay que saber en la obtención de datos clínico-epidemiológicos que no se deben hacer estudios epidemiológicos si no existen recursos asistenciales para dar cobertura a los posibles casos detectados en ese estudio epidemiológico.

2. Principio de autonomía: consiste en la protección de los sujetos más vulnerables. Como instrumento se ha desarrollado el consentimiento informado, que no sólo es la firma de un documento, sino que se obtenga la adecuada comprensión adaptada al nivel cognitivo de aquél a quien se le solicita.

3. Principio de justicia: consiste en el equilibrio entre los beneficios que se pretenden obtener para el paciente y los efectos desagradables (colaterales y/o secundarios) que se pueden desencadenar. El gran caballo de batalla de este principio ético consiste en cuidar los posibles efectos iatrogénicos.

4. Principio de no maleficencia: consiste en mejorar lo ya existente como técnicas terapéuticas. Balancear lo ya existente, los beneficios de lo nuevo y que éstos sean mayores que los presumibles perjuicios en relación a lo ya existente. Este principio representa un compromiso del investigador para que los avances beneficien a los pacientes.

ÉTICA EN LA PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA

En la atención psiquiátrica de la infancia y la adolescencia existe un conflicto de principios: Tender al bienestar superior del niño implica buscar el beneficio más amplio posible e intentar incluir al

adulto/cuidador de ese niño. El grado de cronicidad de las situaciones clínicas, nos obliga a señalar que quizá la responsabilidad sea no haber intervenido con anterioridad, pero no siempre acontece así. Es preciso especificar los beneficios posibles que van a derivarse de la intervención psiquiátrica y considerar la actitud de la pareja parental.

Un segundo punto a considerar en la ética de la asistencia psiquiátrica de la infancia está en la participación del sujeto infantil en la toma de decisiones, ya que se mantiene la autonomía del niño en la medida que se respeta su competencia para emitir juicio. Tener este punto en cuenta mejora la comunicación profesionales-familia, hace que los niños y adolescentes cooperen mejor en el tratamiento, mejora la sensación de autocontrol y el respeto del profesional hacia las aptitudes de la infancia y posibilitan oportunidades para su efectivo desarrollo social.

En cuanto a los problemas éticos del diagnóstico: La gran dificultad que entraña la necesidad de evaluar con multi-informantes (figuras parentales, profesores, médicos pediatras, compañeros), para inferir si señalan condiciones de la infancia o bien son señales del propio funcionamiento de esas instituciones; el impacto de las informaciones aportadas por figuras parentales, ya que suelen ser informaciones muy dominantes. Luego aparece la relación, siempre complicada, entre diagnóstico y “etiqueta” social y, por fin, el gran valor de la confidencialidad.

La importancia del diagnóstico radica en que, según sea éste, así se toman las decisiones clínicas en orden al abordaje. Por ejemplo, según el diagnóstico se permiten ingresos involuntarios en las unidades de agudos. Así mismo el diagnóstico determina la población que es subsidiaria de ser tratada y según ese diagnóstico se prescriben unas u otras medidas terapéuticas de forma precisa.

En ocasiones pueden acontecer diagnósticos erróneos, que desde la perspectiva ética pueden ser de dos tipos: intencionados, donde se producen daños a personas o para la integridad de la profesión y los errores no intencionados que

suelen ser sutiles e insidiosos y no son meras “equivocaciones”. En este último caso, se reconocen las limitaciones propias del proceso diagnóstico:

- Facilidad para equivocarse en el proceso diagnóstico: escasa o dudosa fiabilidad de las técnicas diagnósticas, sobre todo porque no existen muchos síntomas y signos patognomónicos, sino que la gran mayoría son inespecíficos.

- Inconsistencia y tendencia al cambio: la propia inespecificidad de los síntomas y signos clínicos les hace escasamente consistentes, pues además dependen de la gran mutabilidad que acontece en esos síntomas y signos según sea la etapa del desarrollo y la edad del pequeño paciente, pero también esta mutabilidad afecta a la evolución del propio cuadro clínico.

- Sesgos en la evaluación sintomática: uno de ellos se debe a la recogida de la clínica por parte del profesional, pero también hay que señalar el hecho de confundir forma de expresión sintomática de acuerdo a la edad del paciente con la reactividad propia de esa etapa del desarrollo. En otras ocasiones el sesgo proviene de la utilización de escalas o tests que, siendo solamente una prueba complementaria, sus resultados son considerados como un diagnóstico clínico, sin contemplar los falsos positivos (elevada sensibilidad en la detección) o los falsos negativos (especificidad de alto rango) a que da lugar su aplicación.

- Utilización de criterios subjetivos: dado que el profesional otorga un valor determinado a cada síntoma que detecta o le narran y le otorga un peso diagnóstico determinado, por ejemplo en la actualidad las rabietas infantiles pasarán a ser trastornos por rabietas, según el DSM-V, ¿cuál va a ser el dintel que lo señalen en una forma de expresión en la reacción ante los límites o a que sea este trastorno?

- Los sistemas diagnósticos categoriales pretenden minimizar el concepto de proceso patológico, confundiendo en

muchas situaciones síntoma con proceso, cual es el caso señalado en el punto precedente. Pero no lo consiguen totalmente y se debe conocer también las limitaciones de los instrumentos diagnósticos y estar dispuestos al cambio, ya que los criterios categoriales se hacen en base a la “S” de “statistical”, muy lejos del verdadero sentido del valor “clinical”.

La teoría nosológica, tan de moda en la actualidad, sobre todo con el nuevo DSM-V, hace que tengamos que señalar la necesidad de incluir la base social y cultural para la evaluación de un comportamiento, por lo que la aplicación de los sistemas de clasificación NO debe ni puede ser éticamente aplicado de una forma directa, amplia o estricta. No olvidar que estos sistemas categoriales son descriptivos y no teóricos, al menos así se presentan; la etiología de los procesos clínicos no es comunicable en términos científicos; los criterios categoriales están dirigidos a la fiabilidad, pero en el caso infantil esa fiabilidad queda versionada por las informaciones de las figuras parentales.

Tampoco se debe olvidar la tentación de utilizar el diagnóstico como solución para los problemas humanos, porque se utiliza como explicación, mitigación y exculpación de los resultados concretos, porque un diagnóstico tiene un efecto tranquilizador al realizar una transformación humanitaria de la inadaptación social en un proceso médico (delincuentes juveniles procesados por drogas y con diagnóstico de sociopatas, TLP, esquizofrenia...), pero también puede producir, de hecho produce, exclusión y deshumanización por el estigma del diagnóstico de un trastorno mental. El diagnóstico en ocasiones actúa como una hipótesis autoconfirmada que origina descrédito y castigo (“Ese tipo es...autista, deficiente, hiperactivo...”), originando verdadero reflejo de las tendencias sociales.

Para Water Reich (2001), en el campo del diagnóstico optar por una posición ética implica darse cuenta de las limitaciones que posee el proceso diagnóstico, ya que las teorías, perspectivas y escuelas psicopatológicas influyen y modelan la percepción psiquiátrica o psicológica del comportamiento. Existen “tentacio-

nes” que encierra el hecho de realizar el diagnóstico y que, por lo tanto, invitan a la utilización de estos mismos límites y empujan a realizar un diagnóstico. Se precisa una máxima atención por parte de los maestros y se debe realizar un esfuerzo por parte de los profesionales para no dejarse dominar por la tentación del diagnóstico, e incluso para darse cuenta que tal tentación existe.

La gran difusión en la utilización de los criterios categoriales de la serie DSM no nos deben hacer olvidar que no solo tienen criterios de inclusión diagnóstica, sino que también hay que conocer los criterios de exclusión: cuando un trastorno mental es debido a causa médica como responsable de alguno o todos los síntomas; cuando un trastorno mental generalizado incluye en síntomas definitorios o asociados los de un trastorno parcial y que, atendiendo a la disparidad, complejidad, dificultad o sutileza en los límites diagnósticos, debe primar la experiencia y juicio clínico sobre el criterio descriptivo de categoría (Manual DSM-IV, 1994, páginas introductorias 6; Manual DSM-IV-TR, 2002, intr.7). De igual forma no nos cansaremos en señalar, desde la perspectiva ética, las advertencias a la utilización de este tipo de sistemas de clasificación y de criterios categoriales porque los criterios son directrices y su utilización requiere un entrenamiento especial para la recopilación y la interpretación clínica; este tipo de sistemas suponen un consenso y no incluyen la totalidad de las situaciones clínicas posibles (no olvidar que el consenso de profesionales, según la psiquiatría basada en la evidencia, obtiene una calificación D ó E, que son los de menor peso científico) y, además, los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico, **sin seguirse a rajatabla como un libro de cocina** (Manual DSM-IV, 1994, páginas introductorias XXII; Manual DSM-IV-TR, 2002, uso XXXI).

DIAGNOSTICANDO EL AUTISMO: TGD, TEA

El Prof. Allen Frances, exdirector del Sistema DSM-IV y DSM-IV-TR, dimitió de dicho puesto y afirmó que “Creo que la psiquiatría americana ha perdido mucha

credibilidad porque el DSM se ha hecho muy mal”. Puntualiza diciendo que “Las pequeñas diferencias en las definiciones y cómo se aplican estas definiciones pueden dar como resultado tasas variables de los trastornos. Cada vez que hay un aumento muy rápido en un diagnóstico concreto significa que detrás hay una moda pasajera. Esto no significa que la gente esté más enferma. Las personas son iguales pero los hábitos diagnósticos son muy cambiantes...**No hay más autistas que los que había hace veinte años, pero está siendo diagnosticado cincuenta veces más frecuentemente porque los criterios cambiaron y se consiguen más servicios escolares con un diagnóstico de autismo**”.

Este papel de predominio de un sistema de clasificación ha resultado una trampa, pues pretendiendo clarificar y unificar el proceso diagnóstico de los trastornos mentales, lo que consigue es crear confusión con los límites de los procesos mentales, dando como resultado un listado, más o menos ordenado, de síntomas, pero con escasa relación entre sí para matizar diferencias sutiles. La consecuencia es la creación de un nuevo constructo: la “co-morbilidad”, que no aclara nada conceptualmente e incrementa la imprecisión diagnóstica.

En el caso de TGD/TEA debemos plantearnos si resulta correcta en castellano la terminología empleada. TGD en inglés es PDD: *Pervasive Developmental Disorder*. *Pervasive* en castellano se refiere a talar, profundizar, dirigirse al fondo, por lo que en castellano resulta más adecuada la traducción de DSM-III y DSM-III-R: Trastornos Profundos del Desarrollo, ya que en castellano TGD se puede confundir con el significado literal: trastorno que afecta al conjunto general del desarrollo, es decir, confundirse con la discapacidad intelectual. De hecho, el 80% de los diagnósticos de TGD se refieren a la categoría de “TGD no especificado”, pero la norma dice que esta categoría se debe utilizar solo en casos excepcionales y cuando no se cumpla otro criterio u otra categoría, por lo que nos queda preguntarnos: ¿es el 80% una excepcionalidad? Más bien es la gran generalidad, luego o falla el sistema de clasificación o fallan los cla-

sificadores (¿desconocimiento? ¿falta de formación? ¿iatrogenia?).

Algo parecido acontece con el concepto de “espectro” que en los sucesivos diccionarios en castellano (Diccionario de la RAE y María Moliner) nos remiten a *Aparición, Fantasma, Visión*: figura irreal generalmente horrible, que alguien ve en su imaginación, a veces como si fuera real. *Aparecido*: difunto que se aparece a los vivos; persona que ha llegado a un grado extremo de delgadez o decadencia física. *Física*: serie de las frecuencias de una radiación dispersada, que resultan en orden creciente. A la hora de consultar el Collins Cobuild (English Language Dictionary, 1987) nos aclara que espectro es banda matizada de los colores del iris, que resulta de la descomposición de la luz blanca a través de un prisma o de otro cuerpo refractor; distribución de la intensidad de una radiación en función de una magnitud característica (longitud de onda, energía, frecuencia, masa); opiniones, emociones, objetivos de rangos diferentes, especialmente cuando uno de los extremos del rango es considerado como opuesto a otro de los extremos. “Espectro”, por lo tanto, resulta ser un anglicismo que utilizamos con el significado de esta tercera acepción de la voz *spectrum* en el diccionario inglés. Es evidente que con esta variedad espectral no se puede ni se debe hablar de constructo científico, porque no responde a los principios generales para ser denominado así.

Con lo expresado con anterioridad, se hace referencia a la importancia de la terminología utilizada y al sumo cuidado que se debe tener en la traducción, que no debe ser una traducción literal que origina este tipo de confusiones, sino que debe realizarse una traducción más conceptual con la terminología utilizada en castellano que, en no pocas ocasiones, resulta ser más precisa.

Estos trastornos son una encrucijada diagnóstica y pronóstica. No es fácil hacer un diagnóstico de confirmación, pero sí que es más sencillo realizar un diagnóstico de exclusión. Es decir, resulta más sencillo diagnosticar lo que no es TGD y es más difícil afirmar lo que sí que es TGD, en el parámetro de los criterios diagnósticos y las categorías clínicas que

lo integran. Diagnosticar TGD no especificado, tal como se hace en la actualidad, no es científicamente aceptable porque es una categoría muy imprecisa y un cajón de sastre que ha pasado a ser un cajón desastre.

Un dato importante consiste en acercarnos a saber cuántos niños afectos existen, si en realidad ha aumentado la tasa y en cuánto lo ha hecho, o bien si es, tal y como afirma Allen Frances, un incremento ficticio basado en una modificación de los criterios diagnósticos y en la conducta diagnóstica de los profesionales. Para acercarnos a este dilema nos tenemos que basar en las publicaciones y en las revistas científicas, aceptando sus datos para, con posterioridad, realizar una lectura crítica de forma constructiva.

En cuanto a la prevalencia del diagnóstico, la figura 1 muestra el resultado en diversos países a lo largo del tiempo y se pueden extraer algunas consecuencias: 1) en primer lugar, que las tasas son muy variables, por lo que los criterios no resultan homogéneos y la fiabilidad de los datos disminuye; 2) donde más variabilidad ha existido es en los países europeos y en Norteamérica y, sobre todo, desde la década de los noventa que se ha incrementado de forma tan evidente que, cuanto menos, es sospechosa; 3) en los Países Escandinavos la evolución es interesante: aparece un incremento parejo a lo anteriormente citado, pero a partir del año 2000 hay una disminución muy importante, debido a una buena política epidemiológica y de reconceptualización; y algo parecido acontece en Australia, cuya tasa resulta sensiblemente inferior a las citadas con anterioridad, mientras en los países asiáticos permanece constante. Es decir, en Europa y Norteamérica la influencia del cambio de criterios diagnósticos resulta ser una razón de peso para comprender el supuesto incremento de la tasa, sobre todo por emplear de forma ambigua y amplia dichos criterios.

Figura 1



Fuente: F. Allen (2013)

PROPUESTA DIAGNÓSTICA PARA TGD/TEA BASADA EN PRINCIPIOS ÉTICOS Y DE CALIDAD

Desde la perspectiva clínica es preciso ser muy rigurosos. En la Fig. 2 transmitimos

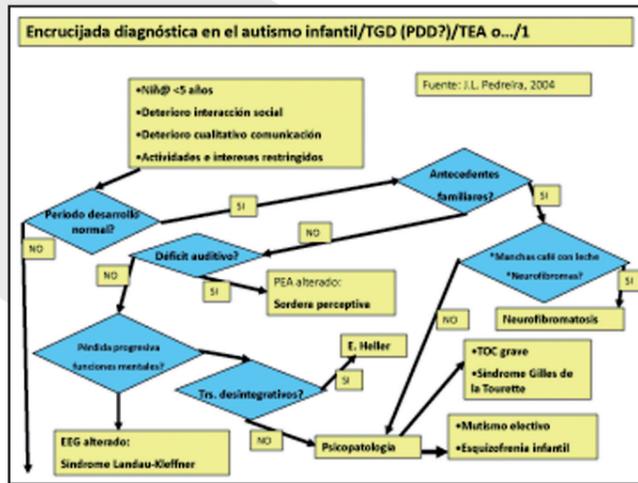
una visión de la complejidad de cuadros clínicos involucrados en este diagnóstico.

Para ser pragmáticos y ofertar, además de la crítica, una vía de salida basada en criterios científicos (Figs. 3 y 4).

Figura 2

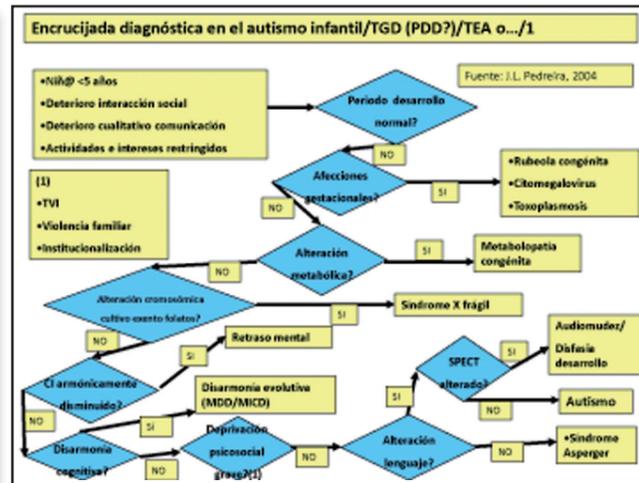


Figura 3



PEA=Potenciales Evocados Auditivos, E.= Enfermedad, TOC= Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trs.= Trastorno, EEG= Electroencefalograma

Figura 4



TVI= Trastorno del Vínculo en la Infancia, MDD=Multisystemic Developmental Disorder, MID=Multidimensional Impairment Disorder, CI= Cociente Intelectual

En la Fig.3 se sistematiza el recorrido para cuando ha existido un periodo, variable en su duración, de desarrollo normal en el sujeto, es decir, cuando el autismo es sintomático, un síntoma propio de los cuadros generales que se describen, es decir es un autismo-síntoma o expresión sintomática en el sentido que lo describió Bleuler. Mientras que en la Fig. 4 aparece el recorrido diagnóstico para cuando el trastorno adaptativo y de desarrollo ha acontecido desde las primeras etapas y no ha existido un periodo de desarrollo normal, sería el diagnóstico de autismo primario y dentro de él se encuadra el autismo como proceso autónomo más holístico para el desarrollo que describiera Kanner.

En este sentido Paul Offit afirma algo clarificador: "Síndrome de Rett, esclerosis tuberosa, síndrome X frágil y síndrome de Down en los niños pueden también tener clínica autística. Además, las reminiscencias clínicas del autismo son evidentes con retrasos profundos cognitivos; pero estas similitudes son superficiales, y sus mecanismos causales e influencias genéticas son diferentes a las del autismo clásico". Rotunda y precisa matización.

Éticamente, el diagnóstico diferencial debe realizarse:

Cuadros genéticos:

- Causa metabólica (fenilcetonuria, glucogenosis)
- Síndrome X frágil
- Cuadros congénitos:**
- Víricas (rubeola congénita, citomegalovirus)
- Afecciones infecciosas (toxoplasmosis)
- Causas neurológicas:**
- Neurofibromatosis
- Afecciones neurodegenerativas (Síndrome de Landau-Kleffner)
- Retraso mental o discapacidad intelectual**
- Déficits sensoriales:**
- Sordera perceptiva
- Trastornos del desarrollo del lenguaje:**
- Audiomudez o disfasias del desarrollo
- Mutismo electivo precoz y severo
- Trastornos psiquiátricos:**
- Síndrome de Asperger
- Síndrome de Rett
- Trastorno desintegrativo (Heller, demencia infantil, enfermedad de Leonhard)
- Esquizofrenia infantil
- TOC
- Síndrome de Gilles de la Tourette
- Deprivación psicopsocial grave**
- TVI: trastorno del vínculo en la infancia, sea inhibido o desinhibido.

Cada uno de ellos tiene sus características clínicas específicas, aunque haya

una base de síntomas similares, tal como ha expresado Offit.

No debemos olvidar que TGD/TEA son cuadros inespecíficos y, en muchas ocasiones, ligados al propio proceso del desarrollo y con una base clínica común: la afectación grave del desarrollo general del sujeto tanto en el aprendizaje social como en el aspecto comunicativo y afectivo. Bien es cierto que existe un grupo de niños en quienes estas características son persistentes y se exacerbaban, llegando a dificultarles la vida sobremanera, pero no es menos cierto que en mucha menor cantidad de la que se pretende hacer creer.

Hacer un buen diagnóstico, de forma consistente y fiable, es muy necesario para realizar un correcto tratamiento y para evitar yatrogenia y, por lo tanto, la forma de realizar una correcta prevención cuaternaria.

La toma de decisiones en medicina se sustenta en un cálculo de probabilidades, en el que debemos considerar la probabilidad de enfermar, el grado de verosimilitud del diagnóstico y la incierta utilidad del tratamiento. El buen juicio clínico logra un equilibrio entre el riesgo que comporta toda intervención diagnóstica, preventiva y/o terapéutica y el beneficio esperable de dicha intervención en el paciente concreto, lo que

obliga a combinar ciencia y arte, pues no es fácil trabajar con la incertidumbre, coexistir con la yatrogenia ni admitir las limitaciones del conocimiento médico.

La medicina basada en la evidencia intenta resolver, de la mejor forma posible, la ecuación entre "lo deseable, lo posible y lo apropiado" en un entorno sembrado de incertidumbre, variabilidad en la práctica clínica, sobrecarga de información, aumento de demanda y limitación de recursos. Y porque "la infancia no es un problema psiquiátrico" es donde la contención debe adquirir un valor esencial en la ética médica. Porque más allá de la prevención primaria, secundaria y terciaria debemos tener en cuenta la prevención cuaternaria, que consiste en evitar el exceso de celo en intervenciones diagnósticas, terapéuticas y preventivas que podrían realizar un efecto opuesto al buscado.

Nuestros niños, niñas y adolescentes esperan lo mejor de nuestra toma de decisiones clínicas como sanitarios, y lo mejor es, a veces, "nada" (explicar, tranquilizar, esperar y ver). Tan errores son los tipo 2 (aceptar una hipótesis falsa) como los tipo 1 (rechazar la hipótesis que es cierta), los de comisión (hacer de más) como los de omisión (hacer de menos). Ambos tipos de errores deberían evitarse a través de la toma de decisiones clínicas juiciosas, que hoy se encuentran muy sesgadas a favor del intervencionismo tecnológico y del etiquetado diagnóstico. El clínico puede sentirse tentado por la comodidad de los algoritmos o protocolos, por la corriente casi unánime del intervencionismo a ultranza y por los fantasmas de las reclamaciones judiciales para justificar de este modo una conducta agresiva respecto al proceso diagnóstico-terapéutico. El médico no puede ser espectador pasivo del sufrimiento del paciente, pero tampoco actor que empeore la evolución natural con su intervención.

Una cosa es presentar síntomas y otra cómo se realiza el agrupamiento de esos síntomas para establecer un diagnóstico, a este método se le denomina semiología y eso, precisamente, es lo que no se debe realizar en estos procesos de TGD/TEA en una gran mayoría de los casos.

Según lo realicemos así se obtendrán mejores resultados y nos acercaremos al mayor nivel de evidencias en los tratamientos.

Berrios nos plantea con gran acierto que "prácticamente nada se conoce sobre las causas de los trastornos mentales, la idea de que es posible crear sistemas de evaluación basados en etiologías especulativas es ridícula, peligrosa y poco ética. Dado que a lo largo de la historia todos los tratamientos propuestos en psiquiatría parecieron funcionar de acuerdo a la Ley de los Tercios de Black (un tercio se recupera, un tercio se recupera parcialmente y un tercio no se recupera, dando un porcentaje no desdiable de recuperación del 66%, lo cual es lo que hoy en día se obtienen con los tratamientos psiquiátricos), y puesto que sabemos muy poco sobre la naturaleza y el rol del efecto placebo, es, por lo tanto, irresponsable ocultar todo esto por medio de meta-análisis y técnicas afines, las cuales tienen poca sensibilidad matemática para detectar diferencias en los niveles más bajos (ej.: al nivel de las personas que toman la medicación)".

Y continúa Berrios, "es también una perversión epistemológica para los psiquiatras porque se les pide que acepten la MBE sin otra evidencia que el chantaje moral sustentado por la proclama de que la matemática representa la forma más elevada de la ciencia y, por lo tanto, todo lo que sea "matemáticamente demostrable" triunfa sobre todo lo demás. Ningún defensor de la MBE ha explicado jamás por qué los ensayos clínicos a gran escala, diseñados para demostrar que la prescripción y la toma de decisiones basada en la MBE, es significativamente superior que la toma de decisiones basada en la sabiduría y la experiencia de los médicos. Es una perversión moral que, a los efectos de cuantificar, determinar los costos y manejar la "prescripción" – que debería ser considerada un componente menor de la relación médico-paciente-, la MBE necesita implementar una masiva cosificación de los contenidos de dicha relación, incluyendo las profundas negociaciones emocionales y la esquiva respuesta placebo intersubjetiva".

A MODO DE CONCLUSIONES

Puesto que "el ejercicio de la medicina permanecerá para siempre como un arte imperfecto, una industria defensiva ha nacido para "proteger" a los médicos de la venta de bienes defectuosos y esto ha incrementado el ya alto presupuesto sanitario. La MBE crece con fuerzas en este contexto ya que vende "evidencia" a los abogados, tanto de los vendedores como de los compradores de salud. En el medio de este hambriento frenesí, donde todos quieren hacer una "diferencia monetaria honesta", la vieja relación médico-paciente y el viejo paciente sufriendo desaparecieron para siempre. Esto es lo verdaderamente equivocado con la MBE" (Berrios, 2010).

Para evitar la yatrogenia precisamos tener claro los criterios de nuestra intervención y A. Frances nos recomienda realizar una buena comprensión diagnóstica de nuestros pacientes, más aún en los casos de autismos:

- 1) Cuanto menos grave es la presentación del caso, más difícil es de diagnosticar. No hay una línea que separe claramente la frontera entre lo normal y lo patológico de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. Los problemas más moderados a menudo se resuelven espontáneamente, sin necesidad de diagnóstico ni tratamiento.
- 2) Cuando tengamos dudas, es más ético, más seguro y más acertado infra-diagnosticar. Ya que resulta más fácil incrementar la gravedad del diagnóstico que rebajar la gravedad de un diagnóstico ya realizado.
- 3) Los niños y adolescentes son especialmente difíciles de diagnosticar. Su historial vital es breve, tienen diferentes niveles de maduración, pueden consumir sustancias de abuso de forma clandestina, y son muy reactivos a estresores familiares y ambientales. El diagnóstico inicial, probablemente, será inestable e inapropiado.
- 4) Cuando los síntomas psiquiátricos están causados por enfermedades médicas y neurológicas y hay propensión a

los efectos secundarios, interacciones y sobredosis de los medicamentos, caso de niños y adolescentes, la evaluación clínica se dificulta sobremanera.

5) Hay que tomarse el tiempo que sea necesario para la evaluación y para el tratamiento. Lleva tiempo efectuar el diagnóstico correcto, por lo tanto hay que dedicar el tiempo adecuado para cada entrevista y repetir las entrevistas a lo largo del tiempo para ver cómo las cosas van evolucionando. Excepto en presentaciones “clásicas”, un diagnóstico rápido es, frecuentemente, un diagnóstico incorrecto.

6) Se debe obtener toda la información que se pueda. Nunca una sola fuente de información es completa. La triangulación de los datos de múltiples fuentes de información o multi-informantes lleva a un diagnóstico más confiable.

7) Considerar los diagnósticos previos, pero no hay que creerlos ciegamente. Los diagnósticos incorrectos tienen una vida media extensa y una desafortunada capacidad de permanencia, simplemente por repetición. Siempre se debe realizar la evaluación propia detenida y cuidadosa del curso longitudinal completo del sujeto.

8) Revisar constantemente el diagnóstico. Es especialmente necesario cuando alguien no se está beneficiando del tratamiento basado en ese diagnóstico que se ha realizado. Los clínicos pueden tener “visión de túnel” una vez que han fijado un diagnóstico, creyéndolo ciegamente y permaneciendo inmunes a toda información contradictoria al mismo.

9) Hipócrates nos dijo que conocer al paciente es tan importante como conocer la enfermedad. No nos debemos enredar tanto en los detalles de los síntomas como para perdernos el contexto en el que acontecen esos síntomas.

10) “Cuando se oye ruido de cascos, se piensa en el galope de caballos, no en el de cebras”. Quiere decir: cuando tengas duda, elige lo más probable. Los

diagnósticos exóticos o los diagnósticos a la moda, pueden ser atractivos, pero casi nunca se ven en la clínica. Debemos quedarnos con los más comunes. El Prof. F. Querol de la Universidad de Salamanca nos decía: “Lo más corriente es lo más frecuente”.

11) Un diagnóstico acertado puede acarrear grandes beneficios, pero un diagnóstico inapropiado puede ser desastroso para el niño y para la familia.

12) No debemos olvidar lo que nos recomienda Hipócrates: “*Primum non nocere*” o, lo que es lo mismo, ante todo no dañar. ●

BIBLIOGRAFÍA

Allen, F. (2013). *Saving normal*. New York: William Morrow-Harper Collins Publishers.

APA (1995). *DSM-IV*. Barcelona: Masson.

APA (2000). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson, 2000.

Arboleda-Florez, J. y Weiss Tub, D.N. (1997). *Ethical Research with the Mentally Disordered*. *Can. J. Psychiatry*, 42, 485-91.

Atienza, M. (1996). *Justificar la bioética: bioética, derecho y razón práctica*. *Claves*, 61, 2-15.

Backlar, P. (1997). Ethics in Community Mental Health Care: Anticipatory planning Psychiatric Treatment is not quite the same as Planning for ned-of-life Care. *Community Mental Health Journal*, 33, 261-68.

Bachelard, G. (1981). *El nuevo espíritu científico*. México: Nueva Imagen.

Bachelard, G. (1985). *La formación del espíritu científico*. México: Siglo XXI.

Berrios, G. (2010). Acerca de la (inquieta) medicina basada en la evidencia. En <http://www.psicoevidencias.es>

Bloomberg, J. y cols. (1992). Ethical dilemmas in Child and Adolescent Consul-

tation Psychiatry. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31, 557-561.

Blue, I. y Harpham, T. (1998). Investing in Mental Health Research and development. *Br. J. Psychiatr.*, 172, 294-5.

Bohórquez Ballesteros, D. M., Alonso Peña, J.R., Canal Bedia, R., Martín Cilleros, M^a V., García Primo, P., Guisuraga Fernández, Z., Martínez Conejo, A., Herráez García, M^a M. y Herráez García, L. (2008). *Un niño con autismo en la familia. Guía básica para familias que han recibido un diagnóstico de autismo para su hijo o hija*. Salamanca: Publicaciones del INICO.

Cawley, R.H. (1993). Psychiatry is more than a Science. *British J. Psychiatry*, 162, 154-160.

Cenzano, A. (1996). La bioética y su estética. *Previsión* 117, 28-30.

Cohen, R.L. (1992) Child and Adolescent Psychiatry: Mid-course corrections. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31, 1-5.

Collins Cobuild (1987): *English Language Dictionary* Oxford: Oxford University Press.

Eaton Hoagwood, K. y Cavaleri, M.A. (2010) Ethical issues in child and adolescent psychosocial treatment research. A Weisz, J.R. y Kazdin, A. (Editores). *Evidence-based Psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford.

Fein, D. et al. (2012). Optimal outcome in individuals with a history of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. En <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12037>.

Gaughwin, P.C. (1998). Ethics, duty of care and Forensic Psychiatric assessment: A legal perspective. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry*, 32, 722-7.

Gonzalez de Rivera, J.L. (1996). *La ética del diagnóstico: aspectos clínicos*. *Psiquis*, 17, 15-32.

Gracia, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema Universidad.

Gracia, D. (1991). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema Universidad.

Gracia, D. (1994). Ciencia y ética. En VV.AA.: *Humanismo y ciencia*. La Coruña: Paideia.

Graham, Ph. (1984). Ethics and Child Psychiatry. A Bloch, S. y Chodoff, P. (Editores). *Psychiatric Ethics*. New York: Oxford University Press, 235-253.

Jamoulle, M. (1986). *Information et informatisation en médecine générale, Les informa-g-iciens* 193-209, Brusel-les: Presses Universitaires de Namur.

Martínez González C., Riaño Galán I., Sánchez Jacob M. y González de Dios J. (2014). Prevención cuaternaria. La contención como imperativo ético. *A An Pediatr*, 81, 396.e1-396.e8.

Messerschmitt, P. y Chadeville-Prigent, M. (1992). *Ethique en Psychiatrie de l'enfant*. Paris: PUF.

Moliner, M. (2010). *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.

Munir, K. y Earls, F. (1992). Ethical Principles governing research in child and Adolescent Psychiatry. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31, 408-414.

Ortiz Lobo A. y Ibañez Rojo V. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en Salud Mental. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 513-523.

Pedreira, J.L. (1998). Bioética en las investigaciones en Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. *Anales de Psiquiatría*.

Pedreira, J.L. (2003). Diagnóstico diferencial del autismo infantil. En J. Tomás i Vilaltella (Editores). *El spectrum autista: Evaluación, diagnóstico, neurobiología y tratamiento del autismo*. Barcelona: Laertes, 135-48.

Pedreira, J.L. (2009). Trastornos generalizados del desarrollo: Autismo y psicosis. En Palomo, T., Jiménez Arriero, M.A., Fernández Liria, A., Gómez Beneyto, V. y Vallejo, J. (Editores). *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Grupo ENE, 567-592.

Pedreira, J.L. (2010). *Habilidades de comunicación en la consulta pediátrica. Los temas de todos los días*. Madrid: Enfoque Editorial, 47-51.

Pedreira, J.L. (2012). Prevención cuaternaria e iatrogenia. A Hidalgo, A. i Martín, L.P. (Editores). *Salud Pública, dependencia y Trabajo social*. Madrid: Académica-UNED, 63-64.

Pedreira Massa, J.L. y González de Dios, J. (2017). Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Evaluación diagnóstica e intervención para Pediatras de Atención Primaria con criterios de evidencia científica. *Revista de Pediatría de Atención Primaria* (en prensa).

Posada de la Paz, M. (2009). La evaluación de las intervenciones en los Trastornos del Espectro del Autismo. *Evidencias en Pediatría*, vol. 5 Número 2.

RAE (2014). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: RAE.

Rusell, B. (1961). *Science and Ethics, Religion and Science*. New York: Oxford University Press, 223-243.

Stagno, S.J. y Agich, G. (1997). Consent in patients with mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 10, 423-26.

Sutera, S., Pandey, J., Esser, E., Rosenthal, M., Wilson, L., Barton, M. y Fein, D. (2007). Predictors of optimal outcome in toddlers diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 98-107.

Pedreira, J.L. (1983). Office of the Secretary: Children involved as Subjects in Research: Additional Protections. Federal Register, 46, 9814-9820.

Weiss-Roberts, L. (1998). The Ethical Basis of Psychiatric Research: Conceptual Issues and Empirical Finding. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 99-110.

Weiss Tub, D.N. y Arboleda-Florez, J. (1997). Ethical Research with the Developmentally Disabled. *Can. J. Psychiatry*, 42, 492-96.

White, R. (1992). Confidentiality and privilege: Child abuse and Child abduction. *Child Abuse Review*, 1, 60-64.

Wing, J. (1984). Ethics and Psychiatric Research. En Bloch, S. i Chodoff, P. (Editors). *Psychiatric Ethics*. New York: Oxford University Press, 277-294.

Wirshing, D.A., Wirshing, W.C. Marder, S.R., Liberman, R.P. y Mindtz, J. (1998). Informed Consent: Assessment and Comprehension. *Am. J. Psychiatry*, 155, 1508-11.