

Mito: El TDAH no existe

Realidad: hay más de 100.000 artículos en revistas científicas sobre el TDAH (y sus etiquetas de precursores) y las referencias a él aparecen en los libros de texto médicos que se remontan a 1775. *Russell A. Barkley, Ph.D. Virginia Commonwealth University Medical Center Richmond, VA EE.UU. 23235*
<https://www.adhdeurope.eu/awareness-month/myths-facts/>

De forma periódica leemos en la prensa que alguna celebridad, experto o autoridad ha declarado que el TDAH es un mito. Ese fue incluso el nombre de un libro comercial que Richard Saul publicó hace unos años. Esta inexistencia de TDAH a menudo se pronuncia con gran confianza, sin embargo, nada podría estar más lejos de la verdad. Cuando escucho a la gente decir esto, me pregunto sobre sus verdaderos motivos. Después de todo, hay más de 100.000 artículos en revistas científicas sobre el TDAH y los datos de profesionales precursores; las referencias sobre este trastorno se pueden encontrar en los libros de texto médicos que se remontan a 1775.

Es posible, entonces, que alguien que haga esta afirmación de inexistencia del TDAH simplemente está demostrando su ignorancia o analfabetismo de la ciencia del trastorno. Simplemente no saben de lo que están hablando y realmente no quieren saber. Si lo hubieran hecho, habrían mostrado un mínimo de motivación y habrían ido a Internet usando Google Scholar y buscado en las revistas científicas. Es fácil perdonar tal ignorancia y entender la pereza intelectual detrás de ella.

Sin embargo, más a menudo que no, tales críticos del TDAH tienen una agenda política o religiosa. Declarar que el TDAH es un mito sirve para otros propósitos que requieren que el público sea intencionalmente engañado

por el declarante –y por ello se involucran en darle propaganda. Sus motivos para engañar al público les exigen engañar intencionalmente a los demás y, por lo tanto, pueden interpretarse como no sólo nefastos sino francamente malvados (intención de dañar a inocentes).

Porque decir que el TDAH no existe en un debate intelectual honesto es presumir que uno tiene un conjunto de estándares para lo que los trastornos mentales reales deben medir para ser reconocido como existente. Y que entonces se ha hecho con el trabajo pesado mental de examinar la evidencia científica disponible para ver si los hallazgos resultantes cumplen con esos criterios para constituir un trastorno real. Pero de eso no se trata estos críticos, porque cuando son desafiados a producir los criterios que están utilizando para definir un trastorno mental como real o no, no pueden ofrecer ninguno o al menos ninguno que tenga algún valor persuasivo. Pero la ciencia de la salud mental tiene tales estándares y son útiles para que los examinemos aquí. Personalmente prefiero los criterios explícitos establecidos por Jerome Wakefield, Ph.D. hace más de 20 años, pero son lo suficientemente similares a otros utilizados en el campo mucho más tiempo para representar de manera justa los estándares a menudo empleados en el campo de la salud mental.

Trastornos reales: (1) consisten en un fracaso o deficiencia grave en el funcionamiento de una capacidad mental que es universal entre las personas (una adaptación mental) y (2) este fallo o deficiencia está produciendo daño al individuo. Es así de simple. ¿Las personas con TDAH que afirmamos tener un trastorno muestran evidencia de tener un déficit significativo en una capacidad mental que se encuentra en personas típicamente en desarrollo? Si es así, es que la deficiencia de tal magnitud que resulta en daño al individuo. Podemos demostrar que el TDAH cumple con ambos estándares.

Tomemos el primero— que debe haber evidencia de que una habilidad mental (o conjunto de habilidades) que es típica de las personas está fallando o sustancialmente deficiente. En el caso del TDAH, hay pruebas abrumadoras de que el TDAH implica una deficiencia grave tanto en un tipo de atención (atención sostenida deficiente y distracción) como en la inhibición del comportamiento

(impulsividad e hiperactividad). Sabemos que estos son rasgos o habilidades universales y dimensionales en todas las personas que se desarrollan normalmente y tenemos miles de estudios que muestran que son deficientes en TDAH, lo que representa el extremo extremo de estas continuas normales. Pero hay más que suceden debajo de estos problemas obvios con el funcionamiento mental en el TDAH. Como yo y muchos otros hemos argumentado en otros lugares, estos síntomas más superficiales o superficiales del TDAH en realidad reflejan un problema en el desarrollo del funcionamiento ejecutivo (EF).

Todas las personas típicas tienen una red de trabajo en el lóbulo prefrontal, o cerebro ejecutivo, que proporciona las habilidades mentales ejecutivas necesarias para la acción orientada al objetivo y orientada al futuro: autoconciencia, inhibición, memoria de trabajo, autorregulación emocional, automotivación y planificación / resolución de problemas. Esas habilidades mentales nos dan autorregulación. Los síntomas tradicionales del TDAH surgen y están altamente correlacionados con deficiencias en estas habilidades mentales. Además, ahora hay evidencia indiscutible de cientos de estudios de investigación que involucran varios métodos de neuroimagen de que el TDAH se asocia habitualmente con un mal desarrollo, un funcionamiento perturbado y a menudo errático y una conectividad funcional deteriorada en regiones y redes que involucran el cerebro ejecutivo; principalmente la corteza prefrontal. Por lo tanto, si se suscribe a la opinión de que el TDAH es un trastorno de las EF o se adhiere más estrechamente a la conceptualización diagnóstica del TDAH como un trastorno de falta de atención e inhibición, la evidencia respalda el hecho de que esos síntomas reflejan una falla o una deficiencia grave en el funcionamiento de un conjunto de mecanismos mentales que son comunes a todas las personas típicas. El criterio número 1 se ha cumplido.

¿Está asociado con el daño al individuo? El daño, como se señaló anteriormente, se refiere a un mayor riesgo de mortalidad (muerte), morbilidad (lesión), sufrimiento personal (una calidad de vida marcadamente reducida) o deterioro en los principales ámbitos de las actividades de la vida esenciales para nuestra supervivencia y bienestar. Esos ámbitos incluyen el funcionamiento familiar y social, la educación, el funcionamiento ocupacional, la gestión financiera, el funcionamiento sexual, la crianza de los hijos y las citas, el matrimonio o la convivencia íntima, entre otras actividades de vida principal para adultos. Sólo uno de estos daños debe ser establecido científicamente para cumplir con nuestros estándares. En el caso del TDAH, se ha encontrado que todos ellos aparecen, y generan un riesgo mayor de lo que se esperaría en las personas típicas.

El trastorno se ha demostrado repetidamente en la última década que está relacionado con un mayor riesgo de mortalidad temprana, que corren el riesgo de ser casi el doble del riesgo en niños típicos antes de los 10 años y ser más de 4 veces el riesgo de muerte prematura en adultos antes de los 45 años. Además, un estudio de mis colegas y yo publicado en 2019 muestra una reducción de 9-13 años en la esperanza de vida estimada incluso en la edad adulta temprana.

O nuestros criterios requieren que el TDAH resulte en una mayor morbilidad. Como innumerables

estudios han demostrado ahora, el TDAH es un trastorno que tiene el mayor riesgo de lesiones accidentales de todo tipo, que suele ser la razón del mayor riesgo de mortalidad temprana en niños y adultos. Las personas con TDAH tienen 3-5 veces el riesgo de lesiones accidentales, y un mayor riesgo de lesiones repetidas, visitas a la sala de emergencias del hospital y hospitalización que los niños típicos o aquellos que tienen otros trastornos.

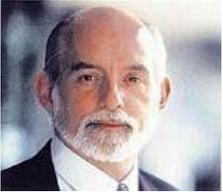
Incluso si el TDAH no predispone a una mayor mortalidad o morbilidad, abundantes investigaciones muestran las innumerables actividades principales de la vida en las que las personas con TDAH funcionan de manera tan ineficaz que resulta en deterioro, es decir, las consecuencias adversas se derivan de ellos como resultado. El deterioro refleja evidencia de que el medio ambiente está retrocediendo como consecuencia de la manifestación de los síntomas relacionados con el TDAH. Hay pocos trastornos mentales ambulatorios más gravemente deteriorados, deteriorando a más personas, y en más dominios de actividades importantes de la vida que el TDAH. Como puede ver, el TDAH cumple con las dos normas por ser un trastorno mental válido. Por lo tanto, el TDAH es real.

A veces los críticos saltan a la ridícula afirmación de que el TDAH no puede ser real porque uno tiene que tener alguna prueba objetiva de laboratorio de un trastorno para que sea real o válido. Esta afirmación es absurda; no hay ninguna prueba de laboratorio para cualquier trastorno mental o para muchos médicos para el caso, incluso para las quejas comunes tales como dolor de cabeza, dolores de espalda, dolor de estómago, varias formas de dolor por no mencionar las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, lupus, etc. En ninguna parte de la medicina o la salud mental encontramos que para que los trastornos sean aceptados como pruebas de laboratorio reales deben existir para ellos.

Afirmar lo contrario es tergiversar la historia de estos campos científicos. La ausencia de una prueba no significa apenas la ausencia de un trastorno. Los trastornos se descubren principalmente primero describiendo los síntomas que se cree que comprenden esa condición y mostrando que se cohere constantemente (agrupar se agrupan rutinariamente). Luego los científicos buscan las causas que contribuyen a esos síntomas. Sólo entonces, años o incluso décadas después, cuando la evidencia relativa a las etiologías está bien establecida es la ciencia clínica capaz de descubrir algunos medios objetivos esenciales de pruebas rutinarias para ella o ellos. Los críticos han colocado el carro delante del caballo o más a menudo su culo por encima de sus cabezas - síntomas y trastornos reales preceden a la identificación de pruebas de laboratorio, no el inverso.

En resumen, llamar al TDAH un mito es indicar prima facie que uno es ignorante de la ciencia o que uno tiene la intención de engañar intencionalmente al oyente para algún propósito nefasto, como en la propaganda. Tampoco es halagador, y no debemos sufrir a tales tontos con gusto.

SOBRE EL AUTOR



Russell A. Barkley, Ph.D. es un científico clínico, educador y practicante que ha publicado 23 libros, escalas de calificación, más de 290 artículos científicos y capítulos de libros relacionados con la naturaleza, evaluación y tratamiento del TDAH y trastornos relacionados, y manuales clínicos con 41 ediciones. Es Profesor Clínico de Psiquiatría en el Virginia Treatment Center for Children y Virginia Commonwealth University Medical Center, Richmond, VA. Sus sitios web son www.russellbarkley.org y ADHDLectures.com.

Referencias

- Barkley, R. A. (2015). Problemas de salud y impedimentos relacionados en niños y adultos con TDAH. En R. A. Barkley (ed.) *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Manual para diagnóstico y tratamiento (4o Ed)*(pp. 267-313). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015b). Deficiencias educativas, ocupacionales, de citas y matrimoniales, y financieras en adultos con TDAH. En R. A. Barkley (ed.) *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Manual para diagnóstico y tratamiento (4o Ed)*(págs. 314 a 342). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. & Fischer, M. (2019). Síndrome del niño hiperactivo y esperanza de vida estimada por seguimiento de adultos jóvenes: El papel de la persistencia del TDAH y otros predictores potenciales. *Journal of Attention Disorder, 23*(9), 907-923.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). *TDAH en adultos: Lo que dice la ciencia*. Nueva York: Guilford Press.
- Dalsgaard, S., Ostergaard, S. D., Leckman, J. F., Mortensen, P. B., & Pedersen, M. G. (2015). Mortalidad en niños, adolescentes y adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un estudio de cohorte nacional. *Lancet, 385*, 2190-2196.
- Faraone, S. C., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A. et al. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Naturaleza Reseñas (Disease Primers), 1*, 1-23.
- Frazier, T. W., Demareem H. A., & Youngstrom, E. A. (2004). Metaanálisis del rendimiento de las pruebas intelectuales y neuropsicológicas en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Neuropsicología, 18*, 543-555.
- Hervey, A. S., Epstein, J. N., & Curry, J. F. (2004). Neuropsicología de adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Una revisión metaanalítica. *Neuropsicología, 18*, 495-503.
- Londres, A. S., & Landes, S. D. (2016). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y mortalidad adulta. *Medicina Preventiva, 90*, 8x10.
- Nigg, J. T. (2013). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y resultados adversos para la salud. *Clinical Psychology Review, 33*, 215-228.
- Wakefield, J. C. (1999). Análisis evolutivos frente a prototipos del concepto de trastorno. *Revista de Psicología Anormal, 108*, 374-399.

