

Consenso Internacional sobre TDAH

Russell A. Barkley, Ph.D. ¹

Enero de 2002

El grupo abajo firmante de científicos internacionales, estamos profundamente preocupados en torno a la representación periódica e inexacta del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en los medios de comunicación. Éste es un desorden con el cual estamos familiarizados y al que muchos de nosotros, hemos dedicado no sólo nuestros trabajos de investigación científica, sino toda nuestra carrera. Tememos que las historias inexactas que presentan al TDAH como mito, fraude, o condición benigna puedan llevar a millares de víctimas a no buscar tratamiento. Esto también deja al público con un sentido general de que este desorden no es válido o verdadero y que consiste en una aflicción bastante trivial.

Hemos creado esta declaración consensuada sobre el TDAH como referencia del estado de los resultados científicos vinculados con este trastorno, su validez, y su impacto adverso en las vidas de las personas diagnosticadas con el desorden, al momento de escribirse el presente Consenso (enero de 2002).

La cobertura ocasional del trastorno en notas periodísticas es confeccionada a la manera de los eventos deportivos, en que los competidores son enfrentados de manera nivelada, como si fueran iguales. Las opiniones de un puñado de profesionales no-expertos que afirman que el TDAH no existe se ponen en contraste con las visiones de la corriente principal de científicos que sí afirman la existencia del TDAH, como si ambas opiniones tuvieran mérito similar. Tales intentos de equilibrio dan a público la impresión que existe un substancial desacuerdo científico sobre si el TDAH es una condición médica verdadera. De hecho, no hay tal desacuerdo, al menos, no más así que sobre si el fumar causa el cáncer, por ejemplo, o si un virus causa el SIDA (HIV/AIDS).

El United States Surgeon General, la Asociación Médica Americana (AMA), la Asociación Psiquiátrica americana, la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AACAP), la Asociación Psicológica Americana, y la Academia Americana de Pediatría (AAP), entre otros², reconocen al TDAH como un trastorno válido. Mientras que algunas de estas organizaciones han hecho públicas pautas para la evaluación y tratamiento del desorden para sus profesionales, ésta es la primera declaración del consenso publicada por un consorcio independiente de científicos, principales referentes, con respecto al estado actual del trastorno. Entre los científicos que han dedicado años, si no sus carreras enteras, al estudio de este desorden no hay controversia con respecto a su existencia.

¹ El Dr. Russell A. Barkley (Professor Depts. of Psychiatry and Neurology University of Massachusetts Medical School - 55 Lake Avenue North Worcester, MA 01655) ha coordinado el grupo de 74 científicos que firman el presente consenso.

² Nota del Editor de TDAH Journal. La Organización Mundial de la Salud, dependiente de las Naciones Unidas reconoce la existencia del trastorno. Ver ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorder. World Health Organization. Geneva 1992.

ADHD y Ciencia

No podremos enfatizar nunca lo suficiente, como un hecho de naturaleza científica, que la afirmación de que el TDAH no existe, es simplemente incorrecta. Todas las asociaciones y agencias médicas principales de la salud del gobierno reconocen al TDAH como un desorden genuino, porque la evidencia científica que así lo indica es abrumadora.

Abordajes variados han sido utilizados para establecer si una condición alcanza los niveles requeridos para ser considerada un trastorno médico o psiquiátrico válido. Uno de gran utilidad, estipula que debe haber evidencia científica de que quienes sufren tal condición padecen una deficiencia o la falta sería de un mecanismo físico o psicológico que sea universal a los seres humanos. Es decir, sería esperable que todos los seres humanos normalmente, sin importar cultura, desarrollaran esa capacidad mental.

Y debe haber evidencia científica igualmente indiscutible de que esta sería deficiencia conduce a dañar al individuo. El daño puede establecerse sobre diferentes bases: la mortalidad, la morbosidad, o la debilitación creciente en las actividades principales de la vida, requeridas en las distintas etapas del ciclo vital. Las actividades importantes de la vida abarcan aquellos dominios de funcionamiento tales como la educación, las relaciones sociales, el funcionamiento familiar, la independencia y la autosuficiencia, y se espera, que el funcionamiento ocupacional de cada nivel de desarrollo se realice de la manera esperada al momento del ciclo vital en que se encuentra.

Como ha sido atestiguado por los científicos que firman este documento, no hay cuestionamiento o duda entre los directores de investigación clínica en el mundo, de que el TDAH implica una deficiencia en varios de estos dominios y que éstas plantean un perjuicio serio a la mayoría de los individuos que padecen el trastorno. La evidencia actual indica que el déficit en la inhibición del comportamiento y la atención sostenida es central a este desorden --- hechos demostrados por medio de centenares de estudios científicos. Y no hay duda que el TDAH conduce a debilitar actividades vitales importantes, incluyendo las relaciones sociales, la educación, el funcionamiento familiar y ocupacional, la autosuficiencia, y la adherencia a las reglas, normas, y leyes sociales. La evidencia también indica que las personas con TDAH son más propensas a sufrir lesiones físicas y envenenamientos accidentales. Esta es la razón por la cual ninguna organización médica, psicológica, o científica profesional duda la existencia de TDAH como un desorden legítimo.

Las deficiencias centrales en las personas con TDAH han sido relacionadas a través de numerosos estudios, utilizando diversos métodos científicos, con varias regiones específicas del cerebro (el lóbulo frontal, sus conexiones con los ganglios de la base y las áreas centrales del cerebelo). La mayoría de los estudios neurológicos encuentran que quienes padecen TDAH tienen menor actividad eléctrica y muestran menor reactividad a los estímulos en una o más de las regiones mencionadas. En adición, los estudios con técnicas de neuro-imágenes sobre grupos de pacientes con TDAH, también demuestran áreas relativamente más pequeñas de la materia cerebral y menor actividad metabólica que en los casos de los grupos de control usados en tales estudios.

Estas mismas deficiencias psicológicas en la inhibición y la atención se ha encontrado en numerosos estudios de gemelos idénticos y fraternales, llevados a cabo en diversos países (los E.E.U.U., Gran Bretaña, Noruega, Australia, etc.), que señalan que el TDAH es, sobre todo, heredado. La contribución genética a estos hallazgos es, generalmente aceptada, como entre las altas para cualquier desorden psiquiátrico (70-95% de variación del rasgo en la población), acercándose, a la contribución de los genes, en el establecimiento de la altura

humana. Recientemente, se ha demostrado que un gen está, asociado, de manera confiable, con este trastorno y tal búsqueda está siendo llevada a cabo en este momento, por más de 12 equipos científicos diferentes en todo el mundo.

Numerosos estudios de gemelos demuestran que el ambiente no produce una diferencia significativa y separada en estos rasgos. Esto no quiere decir, que el ambiente en hogar, las habilidades parentales para educar al niño, los estresantes eventos de la vida, que las relaciones anormales con los pares son poco importantes o que no tienen ninguna influencia en los individuos que padecen este desorden, como lo hacen ciertamente. Las tendencias genéticas se expresan en la interacción con el ambiente. También, quienes padecen TDAH tienen a menudo otros desórdenes y problemas asociados, algunos de los cuales se relacionan claramente con sus ambientes sociales. Pero sí quiere decir, la afirmación inicial de este párrafo, que las deficiencias psicológicas que abarca el TDAH no son ni únicamente ni principalmente, el resultado de estos factores ambientales.

Esta es la razón por la cual los científicos internacionales líderes, tales como los abajo firmantes, reconocen la creciente evidencia neurológica y genética a este trastorno. Esta evidencia, en conjunción, con los incontables estudios en el perjuicio planteado por el desorden y los centenares de estudios en la eficacia de la medicación, refuerza la necesidad en muchos, aunque de ninguna manera todos los casos, para que el tratamiento se realice por medio de terapias múltiples. Éstas incluyen la medicación combinada con acomodamientos educativos, familiares y sociales. Esto es llamativo contraste con las opiniones enteramente poco científicas de algunos críticos sociales en notas periodísticas de que el TDAH constituye un fraude, que la mediación para las personas afectadas es cuestionable y reprehensible; y que cualquier problema del comportamiento asociado a TDAH es simplemente el resultado de problemas en el hogar, visión excesiva de la TV o el jugar de los video juegos, dietas, carencia del amor y/o atención, o a la intolerancia de los docentes o la escuela.

El TDAH no es un desorden benigno y a quienes lo padecen, puede causarles problemas devastadores. Los estudios de seguimiento de muestras clínicas sugieren que por lejos tienen más probabilidad de quedar fuera del sistema educativo (32-40%), que rara vez terminan la universidad (5-10%), que tienden a tener pocos o ningunos amigos (50-70%), que obtiene trabajos de naturaleza inferior (70-80%), que presentan mayores posibilidades de involucrarse en actividades antisociales (40-50%), y mayor tendencia a utilizar tabaco o drogas ilícitas que la población normal. Más aún, los niños que han crecido con TDAH tienen más probabilidad de experiencias embarazosas en la adolescencia (40%) y de padecer enfermedades de transmisión sexual (16%), de manejar a velocidad excesiva y tener múltiples accidentes de auto, padecer depresión (20-30%) y trastornos de personalidad (18-25%) como adultos, y otras miles de maneras de manejar de forma inapropiada sus vidas, poniéndolas en riesgo.

A pesar de estas serias consecuencias, estudios indican que menos de la mitad de aquellos que padecen el trastorno están recibiendo tratamiento. Los medios de comunicación pueden ayudar de manera substancial a mejorar estas circunstancias. Esto pueden hacerlo retratando al TDAH y a los hechos científicos sobre él, de la manera más exacta y responsable que sea posible, y no dando lugar propagandístico a algunos críticos y doctores marginales en las ciencias sociales, cuya agenda política le haría creer a usted y al público que no estamos frente a un trastorno verdadero. Publicar historias sobre que el TDAH es un desorden ficticio o simplemente un conflicto entre los Huckleberry Finnes y sus cuidadores es equivalente a declarar que la tierra es plana, que la ley de gravedad es discutible y que la

tabla periódica de elementos es un fraude. El TDAH debe ser presentado en los medios de manera tan realista y exacta como se hace en la ciencia --como un desorden válido que tiene variados y substanciales impactos en aquellos que lo padecen y que no se debe a errores o fallas propias, de sus padres o profesores.

Sinceramente.

Russell A. Barkley, Ph.D. Professor Depts. Of Psychiatry and Neurology University of Massachusetts Medical School

Edwin H. Cook, Jr., M.D.
Professor Departments of Psychiatry and Pediatrics University of Chicago

Mina Dulcan, M.D. Professor
Department of Child and Adolescent
Psychiatry Children's Memorial Hospital

Susan Campbell, Ph.D. Professor
Department of Psychology University of Pittsburgh

Margot Prior, Ph.D.
Professor Department of Psychology
Royal Children's Hospital Australia

Marc Atkins, Ph.D.
Associate Professor University of Illinois at Chicago Institute for Juvenile Research
Department of Psychiatry

Christopher Gillberg, M.D.
Professor Department of Child and Adolescent
Psychiatry University of Gothenberg
Gothenberg, Sweden

Mary Solanto-Gardner, Ph.D.
Associate Professor Division of Child and Adolescent Psychiatry The Mt. Sinai Medical Center One Gustave L. Levy
Place New York

Jeffrey Halperin, Ph.D. Professor,
Department of Psychology
Queens College, CUNY

Jose J. Bauermeister, Ph.D.
Professor, Department of Psychology
University of Puerto Rico

Steven R. Pliszka, M.D.
Associate Professor and Chief Division of Child and Adolescent Psychiatry University of Texas Health Sciences Center

Mark A. Stein, Ph.D.
Chair of Psychology Children's National Medical Center and Professor of Psychiatry & Pediatrics
George Washington Univ. Med. School

John S. Werry, M.D.
Professor Emeritus Department of Psychiatry
University of Auckland Auckland, New Zealand

Joseph Sergeant, Ph.D.
Chair of Clinical Neuropsychology Free University Amsterdam The Netherlands

Ronald T. Brown, Ph.D.
Associate Dean, College of Health Professions
Professor of Pediatrics Medical University of South Carolina

Alan Zametkin, M.D.
Child Psychiatrist Kensington, MD
Arthur D. Anastopoulos, Ph.D.
Professor, Co-Director of Clinical Training
Department of Psychology University of North Carolina at Greensboro Greensboro,

Arthur D. Anastopoulos, Ph.D.
Professor, Co-Director of Clinical Training
Department of Psychology University of North Carolina at Greensboro Greensboro

James J. McGough, M.D.
Associate Professor of Clinical Psychiatry
UCLA School of Medicine

George J. DuPaul, Ph.D.
Professor of School Psychology Lehigh University

Stephen V. Faraone, Ph.D.
Associate Professor of Psychology
Harvard University

Florence Levy, M.D.
Associate Professor School of Psychiatry
University of New South Wales Avoca Clinic Zetland, Australia

Mariellen Fischer, Ph.D.
Professor, Department of Neurology
Medical College of Wisconsin

Joseph Biederman, M.D.
Professor and Chief Joint Program in Pediatric
Psychopharmacology Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School

Cynthia Hartung, Ph.D.
Postdoctoral Fellow Department of Psychology
Department of Psychology University of Denver

Stephen Houghton, Ph.D.
Professor of Psychology Director, Centre for Attention & Related Disorders The University of Western Australia Perth,
Australia

Gabrielle Carlson, M.D.
Professor and Director, Division of Child and Adolescent Psychiatry State University of New York at Stony Brook,

Charlotte Johnston, Ph.D.
Professor Department of Psychology
University of British Columbia

Thomas Spencer, M.D.
Associate Professor and Assistant
Director, Pediatric Psychopharmacology
Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital

Rosemary Tannock, Ph.D.
Professor of Psychiatry, Brain and Behavior Research Hospital for Sick Children

Adele Diamond, Ph.D.
Professor of Psychiatry Director, Center for Developmental Cognitive Neuroscience
University of Massachusetts Medical School
Shriver Center Trapelo Rd. Waltham, MA

Carol Whalen, Ph.D.
Professor
Department of Psychology and Social Behavior
University of California at Irvine

Herbert Quay, Ph.D.
Professor Emeritus

University of Miami

Stephen P. Hinshaw, Ph.D.
Professor,
Department of Psychology
University of California at Berkeley

John Piacentini, Ph.D.
Associate Professor Department of Psychiatry
UCLA Neuropsychiatric Institute

Philip Firestone, Ph.D.
Professor Departments of Psychology & Psychiatry University of Ottawa

Salvatore Mannuzza, M.D.
Research Professor of Psychiatry
New York University School of Medicine

Howard Abikoff, Ph.D.
Pevaroff Cohn Professor of Child and Adolescent Psychiatry NYU School of Medicine
Director of Research NYU Child Study Center

Keith McBurnett, Ph.D.
Associate Professor Department of Psychiatry
University of California at San Francisco
Children's Center at Langley Porter

Linda Pfiffner, Ph.D.
Associate Professor Department of Psychiatry
University of California at San Francisco
Children's Center at Langley Porter

Oscar Bukstein, M.D.
Associate Professor Department of Psychiatry
Western Psychiatric Institute and Clinic

Ken C. Winters, Ph.D.
Associate Professor Director, Center for Adolescent Substance Abuse Research Department of Psychiatry University of Minnesota

Michelle DeKlyen, Ph.D.
Office of Population Research Princeton University

Lily Hechtman M.D. F.R.C.P.
Professor of Psychiatry and Pediatrics,
Director of Research, Division of Child Psychiatry, McGill University, and
Montreal Childrens Hospital.

Caryn Carlson, Ph.D.
Professor Department of Psychology
University of Texas at Austin

Donald R. Lynam, Ph.D.
Associate Professor University of Kentucky
Department of Psychology

Patrick H. Tolan Ph.D.
Director, Institute for Juvenile Research Professor, Department of Psychiatry University of Illinois at Chicago

Jan Loney, Ph.D.
Professor Emeritus State University of New York at Stony Brook

Harold S. Koplewicz, M.D.
Arnold and Debbie Simon Professor of Child and Adolescent Psychiatry and Director of the NYU Child Study Center

Richard Milich, Ph.D.
Professor of Psychology Department of Psychology University of Kentucky

Laurence Greenhill, M.D.
Professor of Clinical Psychiatry
Columbia University Director, Research Unit on Pediatric Psychopharmacology

Eric J. Mash, Ph.D.
Professor Department of Psychology
University of Calgary Russell Schachar, M.D.
Professor of Psychiatry Hospital for Sick Children
Toronto Ontario

Eric Taylor
Professor of Psychiatry
Institute of Psychiatry
London, England

Betsy Hoza, Ph.D.
Associate Professor
Department of Psychology, #1364
Purdue University
West Lafayette, IN 47907-1364

Mark. D. Rapport, Ph.D.
Professor and Director of Clinical Training
Department of Psychology
P.O. Box 161390
University of Central Florida

Bruce Pennington, Ph.D.
Professor
Department of Psychology
University of Denver

Anita Thapar MB BCh, MRCPsych, PhD
Professor,
Child and Adolescent Psychiatry Section
Dept of Psychological Medicine
University of Wales College of Medicine
Heath Park, Cardiff
CF14 4XN United Kingdom

Ann Teeter, Ph.D. Associate Professor Department of Psychology
University of Wisconsin – Milwaukee

Stephen Shapiro, Ph.D. Department of Psychology Auburn University

Avi Sadeh, D.Sc
Director, Clinical Child Psychology
Graduate Program

Director, The Laboratory for Children's Sleep Disorders
Department of Psychology
Tel-Aviv University

Bennett L. Leventhal, M.D.
Irving B. Harris Professor of Child and Adolescent Psychiatry Director, Child & Adolescent Psychiatry Vice Chairman,
Dept. of Psychiatry The University of Chicago

Hector R. Bird, M.D. Professor of Clinical Psychiatry Columbia University
College of Physicians and Surgeons

Carl E. Paternite, Ph.D.
Professor of Psychology Miami University

Mary A. Fristad, PhD, ABPP
Professor, Psychiatry & Psychology
Director, Research & Psychological Services
Division of Child & Adolescent Psychiatry
The Ohio State University

Brooke Molina, Ph.D.
Assistant Professor of Psychiatry and Psychology
Western Psychiatric Institute and Clinic
University of Pittsburgh School of Medicine

Sheila Eyberg, PhD, ABPP
Professor of Clinical & Health Psychology
University of Florida

Rob McGee, PhD
Associate Professor, Department of Preventive & Social Medicine, University of Otago Medical School, New Zealand.

Terri L. Shelton, Ph.D.
Director Center for the Study of Social Issues
University of North Carolina

Steven W. Evans, Ph.D.
Associate Professor of Psychology James Madison University

Sandra K. Loo, Ph.D.
Research Psychologist University of California, Los Angeles Neuropsychiatric Institute

William Pelham, Jr., Ph.D.
Professor of Psychology Center Children and Families State University of New York at Buffalo

J. Bart Hodgins, Ph.D.
Clinical Assistant Professor of Psychology and Pediatrics Civitan International Research Center
University of Alabama at Birmingham
Birmingham

Terje Sagvolden, Ph.D.
Professor
Department of Physiology
University of Oslo

Thomas E. Brown, Ph.D.
Asst. Professor
Dept. of Psychiatry
Yale University School of Medicine
New Haven, CT

Daniel F. Connor, M.D.
Associate Professor
Department of Psychiatry
University of Massachusetts Medical School
55 Lake Avenue North
Worcester, MA 01655

Daniel A. Waschbusch, Ph.D.
Assistant Professor of Psychology
Director, Child Behaviour Program
Department of Psychology
Dalhousie University
Halifax, NS B3H 4R1 CANADA

Kevin R. Murphy, Ph.D.
Assistant Professor
Dept. of Psychiatry
University of Massachusetts Medical School

Michael Aman, Ph.D.
Professor of Psychology and Psychiatry
The Nisonger Center Ohio State University

Blythe Corbett, Ph.D.
M.I.N.D. Institute University of California, Davis

Deborah L. Anderson, Ph.D.
Assistant Professor
Department Pediatrics
Medical University of South Carolina

Lisa L. Weyandt, Ph.D.
Professor, Dept. of Psychology
Central Washington University

Michael Gordon, Ph.D.
Professor of Psychiatry
Director, Child & Adolescent Psychiatric
Services, & Director, ADHD Program
SUNY Upstate Medical University

Lawrence Lewandowski, Ph.D.
Meredith Professor of Teaching Excellence
Department of Psychology
Syracuse University
Syracuse, NY

Erik Willcutt, Ph.D.
Assistant Professor Department of Psychology
University of Colorado
Boulder,

Thomas M. Lock, M.D.
Associate Professor of Clinical Pediatrics
Acting Chief, Division of Developmental
Pediatrics and Rehabilitation Acting Director, Robert Warner Rehabilitation Center State University of New York at
Buffalo School of Medicine and Biomedical Sciences