

Título:

Tempo Cognitivo Lento ('Sluggish Cognitive Tempo'): ¿síntomas del Trastorno de Déficit de Atención / Hiperactividad predominantemente desatento o una nueva entidad clínica?

Autores:

C Capdevila-Brophy^{a,b}, J Artigas-Pallarés^b y JE Obiols-Llandrich^a

^aUnitat de Recerca en Psicopatologia i Neuropsicologia, Universitat Autònoma de Barcelona

^bUnitat de Neuropediatria, Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell, Barcelona

Correspondencia:

Connie Capdevila Brophy: Unitat de Recerca en Psicopatologia i Neuropsicologia, Universitat Autònoma de Barcelona. E-mail: conniecb@copc.es

Tempo Cognitivo Lento ('Sluggish Cognitive Tempo'): ¿síntomas del Trastorno de Déficit de Atención / Hiperactividad predominantemente desatento o una nueva entidad clínica?

C Capdevila-Brophy, J Artigas-Pallarés y JE Obiols-Llandrich

Resumen. Introducción. El Trastorno de Déficit Atención/Hiperactividad (TDA/H) es una entidad heterogénea en la cual actualmente se aceptan tres subtipos. El artículo revisa los cambios en los criterios diagnósticos del TDA/H y las controversias surgidas alrededor de los subtipos. Objetivos: Revisar el constructo llamado 'tempo cognitivo lento' ('sluggish cognitive tempo') que se ha asociado al subtipo de TDA/H predominantemente desatento. Se aportan ejemplos de casos clínicos cuyos síntomas se ajustan a la descripción de tempo cognitivo lento. Discusión. Este artículo plantea cuestiones como la utilidad del 'tempo cognitivo lento' en el diagnóstico del TDA/H predominantemente desatento, así como la posibilidad de que se trate de una entidad clínica no descrita hasta el momento.

Palabras clave: *Tempo cognitivo lento. Trastorno de déficit de atención / hiperactividad. Subtipos de TDA/H. TDA/H.*

Summary. Introduction. The Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (AD/HD) is an heterogeneous entity with three accepted subtypes. This article reviews changes in the diagnostic criteria and controversies around the AD/HD subtypes. Objective: Review the 'sluggish cognitive tempo' construct which has been associated with the AD/HD predominantly inattentive subtype. We illustrate this construct through examining clinical cases that manifest 'sluggish cognitive tempo' symptoms. Discussion: This article raises questions such as the utility of the 'sluggish cognitive tempo' in the diagnosis of AD/HD predominantly inattentive, and the possibility that it is a clinical entity not described up to the present date.

Key words: *Sluggish cognitive tempo. Attention deficit/ hyperactivity disorder. AD/HD subtypes. AD/HD.*

INTRODUCCIÓN

Definición actual del Trastorno de Déficit de atención/hiperactividad

El **Trastorno de Déficit Atención / Hiperactividad (TDA/H)** se caracteriza por un patrón persistente de comportamientos problemáticos que reflejan desatención y desinhibición conductual (impulsividad e hiperactividad) que no se explica por cualquier otro trastorno del desarrollo, del pensamiento o afectivo. La sintomatología interfiere con el funcionamiento por lo menos en dos ambientes distintos (casa, escuela, trabajo).

Se ha estimado que el TDA/H afecta entre el 3-7% de los niños en edad escolar, dependiendo de los criterios usados^{1,2}. El trastorno persiste durante la adolescencia en el 50-80% de los casos diagnosticados a lo largo de la infancia y entre un 30-50% en la etapa adulta³.

Además de la sintomatología central que observamos en niños y adolescentes con TDA/H (desatención, hiperactividad e impulsividad), existe una alta comorbilidad con otros trastornos, aspectos que lo convierten en un trastorno claramente heterogéneo.

Criterios diagnósticos actuales del TDA/H

Los dos sistemas de clasificación más referenciados son el DSM o Manual de Estadísticas y Diagnósticos, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y el Manual Internacional de Clasificación de Enfermedades (ICD), clasificación oficial de la Organización Mundial de la Salud. Como es sabido, ambos manuales han guiado a clínicos e investigadores de todo el mundo. Durante las últimas tres décadas, estas dos referencias han estado en desacuerdo por lo que respecta a los criterios diagnósticos del TDA/H, hasta que un esfuerzo de colaboración hizo posible que la cuarta edición del DSM (DSM-IV, 1994)⁴ y la décima del ICD (ICD-10, 1993)⁵ coincidieran en los mismos 18 síntomas. La terminología elegida fue **Trastorno Hiperactivo** para el ICD-10 y **Trastorno de Déficit de Atención / Hiperactividad** para el DSM-IV (ver tabla I). No hay acuerdo en cuanto a subtipos en estos manuales.

Los subtipos actuales, según la cuarta edición revisada del DSM (DSM-IV-TR), están basados en el número de síntomas presentes en las dos dimensiones de desatención y de hiperactividad/impulsividad.

- TDA/H Predominantemente Hiperactivo/Impulsivo (TDA/H-HI), con un mínimo de seis síntomas de hiperactividad/impulsividad
- TDA/H Predominantemente Desatento (TDA/H-D), con un mínimo de seis síntomas de desatención
- TDA/H Combinado (TDA/H-C) con un mínimo de seis síntomas de desatención y seis de hiperactividad/impulsividad

Otra categoría, el *TDA/H no especificado*, se reserva para sintomatología desatencional o de hiperactividad / impulsividad que no cumplen todos los criterios de TDA/H. Por ejemplo, individuos con TDA/H-D cuyos síntomas aparecen después de los siete años o bien individuos con *dificultades atencionales y un patrón conductual marcado por lentitud, tendencia a soñar despierto e hipoactividad*.

Evolución histórica del TDA/H: Revisión de la nomenclatura:

- La primera edición, el DSM-I (1952)⁶, incluía tan sólo dos categorías diagnósticas infantiles, ninguna hacía referencia al TDA/H.
- En el DSM-II (1968)⁷ apareció la “**Reacción hiperkinética de la infancia (o adolescencia)**”, como un trastorno conductual de la infancia y adolescencia. Se caracterizaba por exceso de actividad, inquietud, distractibilidad y lapso atencional corto, especialmente en niños pequeños. Esta conducta disminuía en la adolescencia.

- El “**Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad**” del DSM-III (1980)⁸ reflejaba la influencia de los trabajos de Douglas⁹ sobre el déficit atencional. El énfasis ya no era en la hiperactividad sino en el déficit atencional, pudiéndose diagnosticar con hiperactividad (TDA/H+) o sin hiperactividad (TDA/H-).
- A pesar de que la existencia del subtipo TDA/H- fue validada por algunos investigadores¹⁰, la polémica desatada hizo que el DSM-III-R (1987)¹¹ eliminara el concepto de distinción con o sin hiperactividad. La nueva terminología quedaba como la conocemos hoy “**Trastorno de Déficit de Atención / Hiperactividad**”. Este cambio eliminó la posibilidad de identificar niños con ‘déficit atencional puro’ (sin hiperactividad) y niños con ‘hiperactividad/impulsividad pura’ (sin déficit atencional). Una categoría adicional llamada ‘trastorno de déficit atencional no diferenciado’ permitía incluir los trastornos de atención sin hiperactividad, aunque dentro de una categoría marginal.
- El DSM-IV (1994) , mantuvo la misma terminología “**Trastorno de Déficit de Atención / Hiperactividad**” e introdujo nuevamente los subtipos. La categoría sin hiperactividad del DSM-III reapareció. Esta nueva propuesta permite diagnosticar el TDA/H en niños con y sin hiperactividad y con y sin déficit atencional. (Ver tabla I).
- En la última revisión, DSM-IV-TR (2000)² , se mantuvieron los mismos criterios y los subtipos que en el DSM-IV . Se aceptaba que los subtipos TDA/H-HI y TDA/H-D podían evolucionar a TDA/H-C y viceversa.

Controversia de los subtipos

A pesar de que la clasificación actual del TDA/H y sus subtipos en el DSM-IV se sustenta en base a una investigación muy rigurosa, quedan aún algunos puntos por aclarar en futuras investigaciones.

a.) En el trabajo clínico se observa que *los subtipos no son estables a lo largo de los años*, mientras los criterios diagnósticos son idénticos para todas las edades. Los síntomas de hiperactividad/impulsividad declinan más con la edad que los de desatención. Un niño con seis síntomas de desatención y seis de hiperactividad (TDA/H-C) puede, cuando llega a la adolescencia, disminuir a cuatro o cinco los síntomas hiperactividad/impulsividad y quedar mal clasificado como TDA/H-D. Sin duda esta situación sería muy diferente al adolescente con TDA/H-HI que desde niño nunca ha presentado problemas de hiperactividad/impulsividad.

b.) *No queda claro que el subtipo TDA/H-HI sea diferente del TDA/H-C*. El DSM-IV-TR mantiene que puede tratarse de un precursor de TDA/H-C y evolucionar hacia él o viceversa. Los problemas atencionales suelen presentarse cuando las demandas académicas aumentan.

c.) *Los síntomas y criterios de déficit atencional para los subtipos TDA/H-D y TDA/H-C son los mismos*.

d.) *No existen unos criterios positivos específicos para el TDA/H-D* del mismo modo que si existen los criterios positivos específicos de hiperactividad/impulsividad para los subtipos TDA/H-HI y TDA/H-C. En el estudio de campo del DSM-IV, llevado a cabo por Lahey¹² se usaron dos síntomas de desatención como criterio para el TDA/H-D (‘sueña despierto’ y ‘lento/soñoliento’), pero fueron eliminados en la versión definitiva del DSM IV porque solo una parte de los sujetos los presentaban.

e.) Finalmente, el subtipo TDA/H-D no tiene una aceptación *consensuada* como subtipo entre todos los investigadores. Algunos piensan que *se trata de un trastorno independiente*, puesto que se han descrito diferencias en su sintomatología central de los subtipos. Por una parte, el TDA/H-D se ha asociado a problemas de atención selectiva/enfocada y un procesamiento de información lentificado, mientras que el subtipo TDA/H-C tendría más problemas en la persistencia del esfuerzo, la atención sostenida y la distractibilidad como resultado de sus dificultades de inhibir conductas. Por otro lado, las manifestaciones conductuales de déficit atencional que mejor distinguen los subtipos son los síntomas de ‘tempo cognitivo lento’ que describimos más adelante.

Con el fin de determinar si dos trastornos son manifestaciones de la misma o diferente entidad, los investigadores han buscado y han hallado diferencias en algunos indicadores, como la epidemiología (prevalencia, edad, sexo)^{13,14}, los síntomas centrales (atención, hiperactividad, impulsividad y edad de aparición)^{13,15, 16}, los síntomas asociados (comorbilidad, rendimiento académico, funcionamiento social, etc.)^{17, 18, 19, 20, 21}, las medidas de laboratorio (tests neuropsicológicos, potenciales evocados, neuroimagen, etc.) y la historia de psicopatología familiar²². Los resultados han sido muy variados debido a la heterogeneidad del trastorno. En la tabla II pueden observarse las diferencias halladas entre los subtipos.

Revisiones anteriores de los estudios comparativos entre el TDA/H + y TDA/H - ya habían estudiado la necesidad de distinguir dos trastornos diferentes, el TDA-sin hiperactividad y el TDA/H. Sin embargo el paso del DSM-III al DSM-III-R, abortó esta línea de investigación.

El constructo 'Tempo Cognitivo Lento'

Descripciones como 'lento', 'olvidadizo', 'soñoliento', 'apático', 'con tendencia a soñar despierto, perdido en sus pensamientos', 'desmotivado', 'en las nubes', 'confundido'^{3,23,24,25} junto con un bajo rendimiento en algunos tests neuropsicológicos como claves del WISC-R²⁶ o de búsqueda visual²⁷, son características que se han asociado a algunos niños con TDA/H - (utilizando los criterios del DSM-III, 1980)²⁸. El término 'sluggish cognitive tempo' surgió como constructo para aglutinar estas características²⁹ que reflejaban un estado de alerta y orientación irregulares. Al querer traducir el término 'sluggish' ('slug' significa babosa), no hemos encontrado un término con el mismo significado. Hemos barajado diversos adjetivos, tales como 'lento', 'calmoso', 'torpe' e 'indolente'. Hemos optado finalmente por '**Tempo Cognitivo Lento**' (TCL) porque es el término que en nuestro trabajo clínico resulta más útil y fácilmente comunicable a las familias. Ver tabla III para síntomas de TCL.

CASOS CLÍNICOS

Paciente 1

Albert acude a la consulta a los 5 años y medio, por problemas en los aprendizajes y por dificultades en la relación con sus compañeros. Sus padres lo describen como solitario y soñador. Utilizan las siguientes expresiones: "*Está en una nube*", "*Cuando está en un grupo se encuentra perdido*", "*Va a remolque de los demás*". Comentan que es muy lento para todo, aunque bajo un control directo mejora sensiblemente su rendimiento y consigue terminar las tareas. Se muestra muy torpe en las actividades motoras. Es sumamente ingenuo. Sus profesores lo describen como disperso, inseguro y poco adaptado al funcionamiento de la clase. Muestra ansiedad en sus relaciones. En el patio frecuentemente se le suele ver dando vueltas y jugando solo. Presenta 7 criterios desatencionales y 4 de hiperactividad / impulsividad, de acuerdo con la valoración de su maestra. De acuerdo con la valoración de los padres cumple 4 criterios desatencionales.

Recibió tratamiento con Metilfenidato, Sertralina y pautas de conducta proporcionadas a la familia y al colegio. Si bien ha mejorado en todos los aspectos, sus rasgos de personalidad siguen siendo los mismos.

Paciente 2

Aleix acude a los 6 años y 8 meses de edad, remitido desde el colegio, con un informe donde se reflejan las siguientes características: poca motivación para los aprendizajes, no se inmuta si las tareas no le salen bien, frecuentemente está ausente, se distrae y no sabe de que se está hablando. Durante el trabajo no sabe lo que tiene que hacer y debe mirar frecuentemente al compañero. Le cuesta sentarse correctamente y tiende a apoyarse sobre la mesa desde la cintura hacia arriba. Algún día se ha dormido en clase. Su ritmo de trabajo es muy lento debido a que "*se encanta*". Muestra muchos problemas de atención, percepción y situación espacial. Le cuesta retener las órdenes. Cumple, de acuerdo con los profesores, 9 criterios de desatención y un criterio de hiperactividad. Los padres valoran como positivos 9 criterios

desatencionales y 9 criterios de hiperactividad / impulsividad. El Continuous Performance Test (CPT)³⁰ detecta problemas de desatención, con impulsividad normal (Figura 1).

Ha mostrado una respuesta muy favorable al metilfenidato.

Paciente 3

Max acude a los 14 años por dificultad en mantener el esfuerzo. Le observan mucha dificultad para iniciar actividades. Según los padres, “suele estar en la *Luna de Valencia*” y lamentan que “no tiene tiempo para terminar los exámenes”. Muestra dificultad para organizarse y monitorizar sus actividades. A pesar de los problemas para seguir los aprendizajes escolares, siempre ha mostrado una buena habilidad lectora. Tanto el padre como el hijo se identifican ambos con el personaje de ficción “Winnie the Pooh”, por sus características de bonachón, lento y despistado. Los profesores describen a Max como un alumno que se lleva bien con sus compañeros, pero que cuando tiene que trabajar en equipo opta por ser pasivo y dejar que los demás cubran su tarea. Siempre ha mostrado una actitud muy pasiva y de poco esfuerzo. Según los padres, cumple 7 criterios de falta de atención y ninguno de hiperactividad / impulsividad. El maestro coincide en el mismo número de criterios. En el cuestionario Achenbach Youth Self-Report/11-18 (YRS/11-18)³¹, Max se otorga la máxima puntuación a los ítems: 13, “*Estoy distraído o en las nubes*”, y 17, “*Sueño despierto a menudo*”. El cuestionario Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)³² muestra problemas ejecutivos en las siguientes escalas: Inicio, memoria de trabajo, planificación / organización, organización de materiales y monitorización, con un índice metaejecutivo alto e índice de control de conducta normal (Figura 2). El WISC-R³³, mostró una fuerte discrepancia entre CI verbal (127) y CI manipulativo (92). Este dato, junto a problemas visuo-espaciales (identificados mediante la Figura Compleja de Rey³⁴), baja puntuación en el subtest de aritmética, baja comprensión lectora, dificultades para la interacción social y torpeza motriz, orientaron el diagnóstico de Trastorno del Aprendizaje no Verbal, adicionalmente al TDA/H.

La respuesta al metilfenidato se ha mostrado positiva-débil.

Paciente 4

Marta es visitada a los 13 años por dificultades en los aprendizajes. Mostró dificultades en la adquisición del lenguaje, de tal modo que a los 3 años mostraba dificultades expresivas que motivaron intervención logopédica. Actualmente su lenguaje es poco fluido, se atasca y su vocabulario es pobre. A los 7 años fue diagnosticada de dislexia fonológica, por lo cual acudió a un centro especializado en este problema. No presenta problemas de conducta, pero siempre la han considerado como una niña muy desatenta. Su autoestima es muy baja. Se lamenta de sentirse “*empanada*”. También describe un estado de ansiedad que se acentúa en situaciones de examen. El cuestionario CBCL 6/18 muestra una puntuación alta en todas las escalas, excepto las que hacen referencia a problemas de conducta (Figura 3). En el cuestionario YRS/11-18³⁵, Marta se otorga la máxima puntuación a los ítems: 13. “*Estoy distraída o en las nubes*” y 17. “*Sueño despierta a menudo*”. En el WISC IV las escalas con una puntuación más baja son (Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento). En la prueba TALEC³⁶ (nivel IV), para valorar su habilidad lectora, muestra una baja comprensión lectora y comete errores de cambio de palabra en la lectura de texto, a pesar de que el nivel aplicado³⁷ corresponde a 4 cursos por debajo del actual. Según los padres, cumple 6 criterios de falta de atención y ninguno de hiperactividad/impulsividad. Su tutora identifica 2 criterios desatencionales. Además de TDA/H, Marta ha recibido los diagnósticos comórbidos de Trastorno Específico del Lenguaje y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

La tabla IV resume los resultados de las valoraciones psicométricas aplicadas a los 4 pacientes.

DISCUSIÓN

El fenotipo conductual de los niños con TCL, tal como evidencian estas historias, suele ser suficientemente característico como para ser identificado como un patrón singular, a partir de la información aportada por la familia y el colegio, además de la observación directa.

Tal como hemos comentado, los trabajos de campo del DSM-IV comprobaron la utilidad diagnóstica de dos síntomas de TCL ('sueña despierto' y 'lento/soñoliento') para el subtipo TDA/H-D. Sin embargo, a pesar de que los síntomas de TCL estaban asociados al subtipo TDA/H-D³⁸ no fueron incluidos como criterios diagnósticos en el DSM-IV porque una parte importante de niños con TDA/H-D no exhibía estos síntomas.

Más recientemente, algunos investigadores se han planteado nuevamente la cuestión^{39,40,41,42}. Mc. Burnet et al retomaron el estudio de los síntomas de TCL según escalas conductuales completadas por maestros y padres. Al comparar los subtipos hallaron que el TCL estaba elevado únicamente en el grupo TDA/H-D y que o bien los síntomas de TCL podrían ser síntomas adecuados para añadir a los criterios diagnósticos del TDA/H-D; o de forma alternativa se podrían distinguir dos grupos dentro del TDA/H-D, uno con alto TCL y otro con bajo TCL. Carlson y Mann corroboraron los resultados de Mc. Burnet et al utilizando los mismos ítems del cuestionario de Achenbach para maestros⁴³. Estos autores sugieren incluir los síntomas de TCL en los criterios de desatención.

Todos nuestros pacientes cumplen 6 o más criterios desatencionales en la valoración de los padres, de los maestros o de ambos. Además, muestran problemas derivados de su trastorno en más de un entorno. Por tanto, de acuerdo con el DSM IV, se deben diagnosticar como TDA/H-D. Por otro lado, todos ellos se ajustan a un perfil conductual y cognitivo, suficientemente característico como para ser individualizados entre el conjunto de de pacientes con TDA/H-D. El diagnóstico de TDA/H-D, permite hasta 5 criterios de hiperactividad / impulsividad, característica que parece muy alejada del perfil de nuestros pacientes. Por el contrario nuestros pacientes se ajustan muy bien al patrón identificado por Lahey et al²⁸, pues todos ellos presentan una puntuación alta en los ítems de TCL.

Si bien no se ha podido identificar un perfil neurocognitivo específico a partir de las pruebas psicométricas practicadas, se insinúan algunos aspectos que parecen bastante característicos. Por una parte todos ellos muestran en el CBCL/6-18, una puntuación alta en las escalas internalizantes, con una elevada predisposición a la ansiedad / depresión y a los problemas sociales. Los cuestionarios BRIEF pretenden valorar las funciones ejecutivas a partir de las conductas observadas por los padres o los maestros. Los resultados se reflejan en 8 subescalas que definen distintas habilidades ejecutivas. De estas subescalas se obtienen dos puntuaciones conjuntas: Índice de Control de Conducta e Índice Metacognitivo. Estas dos puntuaciones conjuntas permiten obtener el GEC o Conjunto General Ejecutivo. Puesto que el Índice de Control de Conducta está muy vinculado al control inhibitorio, sería razonable suponer que permite identificar pacientes con TDA/H-C, TDA/H-HI y TDA/H-D con un componente de déficit en el control inhibitorio. Sin embargo, aquellos pacientes con TDA/H-D en los que el control inhibitorio no representa un problema importante – o sea los que encajan en el TCL - lógicamente esta escala no debe mostrar puntuaciones elevadas. Por otra parte el Índice Metacognitivo viene determinado por funciones ejecutivas más vinculadas a la memoria de trabajo y a la capacidad para organizar, planificar y monitorizar, sugiriendo la presencia de un procesamiento de la información claramente diferenciado del de los pacientes con mal control inhibitorio. Todos nuestros pacientes muestran el mismo perfil del BRIEF: una puntuación normal en las escalas de control de conducta y una puntuación elevada en las escalas metacognitivas. Por tanto, se sugiere un déficit neurocognitivo nuclear distinto, entre pacientes con TDA/H-C o TDA/H-HI y los pacientes con TCL. Los pacientes con TDA/H-D no identificados como TCL se asemejarían a los TDA/H-C.

El CPT también tiende a mostrar en nuestros pacientes un perfil específico, determinado por bajo rendimiento en los parámetros considerados desatencionales, y un resultado normal en los parámetros ligados a impulsividad. Estos resultados, a pesar de tratarse de una prueba muy alejada del BRIEF, van en la misma línea.

El cuestionario EDAH⁴⁴ corrobora las puntuaciones de nuestros pacientes en los criterios DSM IV al identificar baja hiperactividad y elevada desatención.

Las apreciaciones que se derivan de esta limitada serie de pacientes, son compatibles con la propuesta de que un grupo de niños con TDA/H se separa conductual y, tal vez, cognitivamente del conjunto. Una vez conocido este perfil, no es difícil de identificarlo en los niños que responden a las características de TCL. Sin embargo es necesario disponer de series grandes con el fin de determinar características neuropsicológicas más específicas que permitirían, llegado el caso, consolidar el TCL como una entidad específica.

En el DSM-IV aparece una categoría adicional distinta a los subtipos clásicos, el TDA/H no especificado. Carlson y Mann sugieren en referencia a este subtipo una línea de investigación futura que pueda describir un subtipo de déficit atencional independiente.

Aunque este constructo de TCL apareció dentro del marco de la literatura del TDA/H que estudiaba los subtipos, haría falta también estudiarlo en diferentes grupos con otros trastornos, como trastornos de espectro autista, trastorno de aprendizaje no verbal, déficits de atención, control motriz y percepción (DAMP), depresión o ansiedad, puesto que en la clínica se puede comprobar que estos síntomas no son específicos de un solo trastorno.

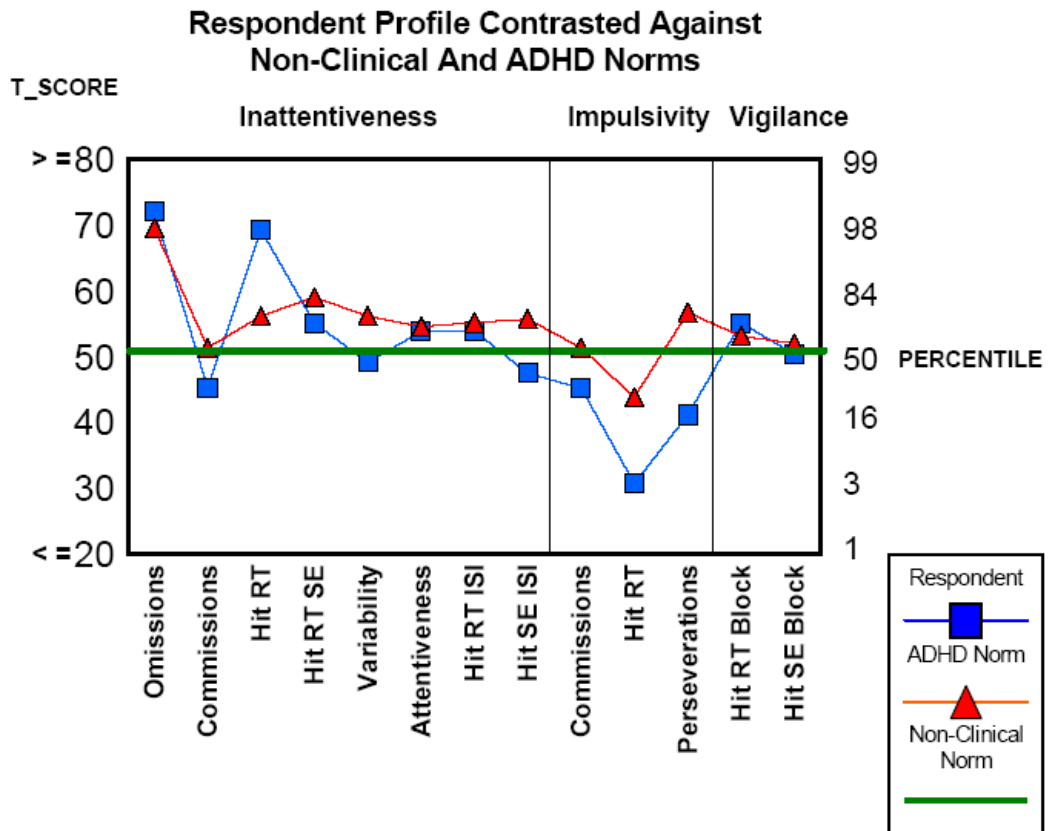


Figura 1. CPT: CONNERS' CONTINUOUS PERFORMANCE TEST – II.

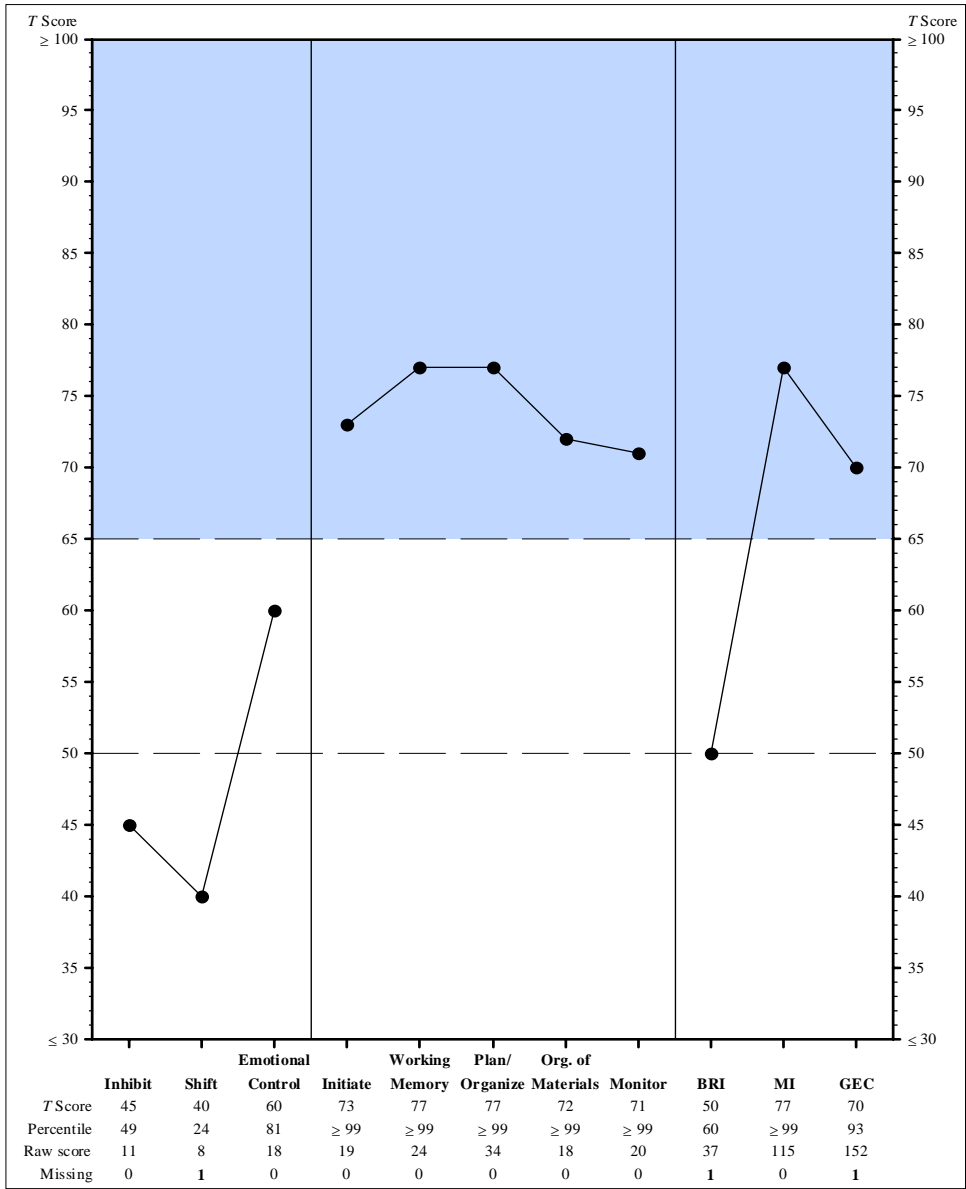


Figure 2. Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)

CBCL/6-18 - Syndrome Scale Scores for Girls 12-18

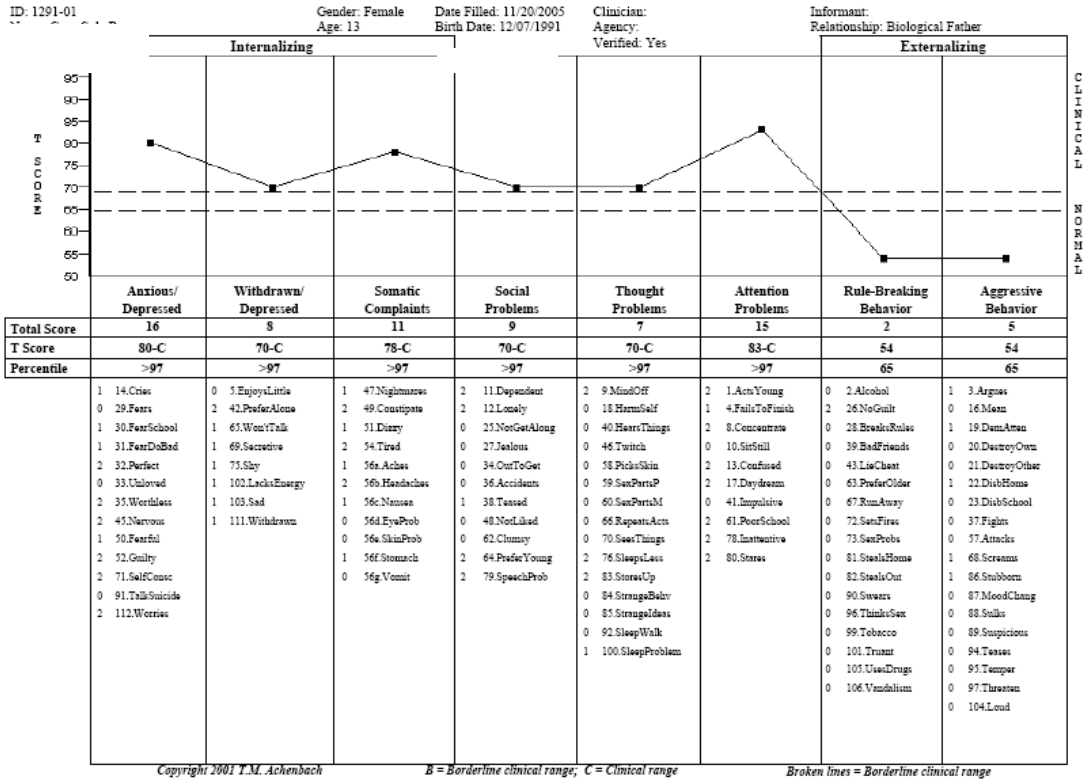


Figura 3. CBCL/6-18. Puntuación positiva en las escalas de: ansiedad/depresión, aislamiento/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento y problemas de atención.

TABLA I. Criterios diagnósticos actuales del Trastorno de Déficit de Atención / Hiperactividad (DSM-IV-TR) y el Trastorno Hiperactivo (ICD-10)

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

7. a menudo extravía objetos necesarios para áreas o actividades (p.e. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)		• •
8. a menudo se distrae con estímulos irrelevantes		•
9. a menudo es descuidado en las actividades diarias	•	•
<p>DSM-IV-TR, subtipos:</p> <p>Trastorno de Déficit de Atención / Hiperactividad predominantemente desatento: por lo menos 6 D *</p> <p>Trastorno de Déficit de Atención / Hiperactividad predominantemente hiperactivo / impulsivo: por lo menos 6 H o I (conjuntamente)*</p> <p>Trastorno de Déficit de Atención / Hiperactividad combinado: por lo menos 6 D o más 6 H o I (conjuntamente)*</p> <p>ICD-10:</p> <p>Trastorno Hiperactivo: por lo menos 6 D + 1 I + 3 H *</p> <p>*en los últimos seis meses</p>		
Edad de inicio: Algunos síntomas presentes antes de los 7 años		
Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (en la escuela, (o en el trabajo) y en casa)		
Deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica (o laboral en adultos)		

TABLA II. Diferencias entre los subtipos de Trastorno de Déficit de Atención / Hiperactividad

	SUBTIPO TDA/H-D	SUBTIPO TDA/H-C
CARACTERÍSTICAS EN SINTOMATOLOGÍA CENTRAL		
Características atencionales	Déficit en velocidad de procesamiento de información, en general, y en atención selectiva, específicamente	Falta de persistencia Déficit en atención sostenida Distractibilidad
Síntomas de hiperactividad-impulsividad	Ausentes o leves	Impulsividad Irresponsabilidad
CARACTERÍSTICAS EN SÍNTOMAS ASOCIADOS		
Comorbilidad con otros trastornos	Trastornos internalizantes Depresión Ansiedad Trastornos de aprendizaje (matemáticas)	Trastornos externalizantes: Trastorno oposicionista desafiante Trastorno de conducta
Relaciones con los compañeros y disfunción social	Poca popularidad, descuidado por los compañeros, aislamiento social Menos interacción social Déficit en autoconocimiento social y pasividad social	Poca popularidad, activamente rechazado por los compañeros Más interacción social Conducta agresiva y disregulación emocional (alta intensidad y altos niveles de conducta positiva y negativa) Disruptivos Inician peleas y discusiones

Habilidades motrices	Habilidades motrices finas más pobres (p.e. destreza manual)	Habilidades motrices globales más pobres (p.e. equilibrio)
Complicaciones prenatales, perinatales y postnatales	Menos frecuentes	Más frecuentes
Déficits neuropsicológicos	Déficits de procesamiento y de habilidad para automatizarlos Mayor afectación en la Memoria de Trabajo	Déficit de inhibición conductual
CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS		
Sexo: proporción niños-niñas	Menor predominio de sexo masculino	Mayor predominio de sexo masculino
Curso	Estable en el tiempo	Madura con la edad (más rápido en niños)
Historia familiar de psicopatología	Sintomatología internalizante más frecuente en familiares	Sintomatología externalizante más frecuente en familiares
Respuesta a la medicación estimulante	Mejor respuesta a dosis bajas	Mejor respuesta a dosis moderadas o altas

TABLA III. Síntomas de Tempo Cognitivo Lento en el CBCL/6-18

- Está confundido(a) o parece como si estuviera en las nubes
- Sueña despierto (a); se pierde en sus propios pensamientos
- Se queda mirando al vacío
- Poco activo(a), lento(a) o le falta energía

TABLA IV. Resultados de las pruebas psicométricas aplicadas

Paciente	1	2	3	4
Escalas CBCL 6/18	Problemas de Atención Problemas Sociales	Problemas de Atención Problemas Sociales	Problemas de Atención Aislamiento/depresión	Problemas de Atención Ansiedad/depresión Aislamiento/depresión Problemas Sociales Probl. de pensamiento Internalizante
Internalizante/Externalizante (CBCL 6/18)	Internalizante	Internalizante	Internalizante	Internalizante
CI/PMC *	99	86	112	93
TCL **	8	6	3	7
Brief	Memoria trabajo Planificación/organización Organización materiales Índice metacognitivo CGE	Inicio Memoria de trabajo Planificación/organización Monitorización Índice metacognitivo CGE	Inicio Memoria de trabajo Planificación/organización Organización materiales Monitorización Índice metacognitivo CGE	Inicio Memoria de trabajo Planificación/organización Organización materiales Índice metacognitivo CGE
CPT ***	Problemas atencionales	Problemas atencionales	Problemas atencionales	Problemas atencionales, Impulsividad
EDAH ***(hiperactividad)	3 (- 0,5 SD)	3 (- 0,5 SD)	0 (-2 SD)	3 (-0,5 SD)
EDAH (déficit de atención)	11 (+2 SD)	13 (+3 SD)	10 (+2 SD)	9 (+ 1,5 SD)

* CI valorado con WISC-R o WISC IV; PMC: procesamiento mental compuesto (puntuación típica). ** TCL: suma de puntuaciones en ítems de Tempo Cognitivo Lento (Puntuación máxima: 8); CPT: CONNERS' CONTINUOUS PERFORMANCE TEST – II; *** EDAH: EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (A Farre, J. Narbona)

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Barkley RA. A critique of current diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder: clinical and research implications. *J Dev Behav Pediatr* 1990; 11(6):343-52. Review.
- ² American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a edición-revisión de texto). Washington, D.C.: autor; 2000.
- ³ Barkley RA, Fisher M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Academy Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 546-557.
- ⁴ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a edición). Washington, D.C.: autor; 1994.
- ⁵ Organización Mundial de la Salud. *Manual of the international statistics of diseases, injuries, and causes of death.* (10th rev.). Geneva: World Health Organization; 1991.
- ⁶ American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1952.
- ⁷ American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1968.
- ⁸ American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed). Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980.
- ⁹ Douglas VI. Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Can J Behav Sci* 1972; 4: 259-82.
- ¹⁰ Carlson CL. Attention deficit disorder without hyperactivity: A review of preliminary experimental evidence. In Lahey BB, Kazdin AE, eds. *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press; 1986. Vol 9: 153-175.
- ¹¹ American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^a edición revisada). Washington, D.C.: autor; 1987.
- ¹² Lahey BB, Applegate B, Mc. Burnett K, Biederman J, Greenhill L, Hyndt GW et al. DSM-IV field trials for attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1673-1685.
- ¹³ Carlson CL, Mann M. Attention-deficit/hyperactivity disorder, predominantly inattentive subtype. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000; 9(3): 499-510, vi. Review.
- ¹⁴ Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(8):1036-45. Erratum in: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(12):1783.

-
- ¹⁵ Applegate B, Lahey BB, Hart EL, Biederman J, Hynd GW, Barkley RA et al. Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36, 1211-1221.
- ¹⁶ Nigg JT, Blaskey LG, Huang-Pollock CL, Rappley MD. Neuropsychological executive functions and DSM-IV subtypes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41 (1): 59-66.
- ¹⁷ Capdevila-Brophy C, Artigas-Pallarés J, Ramirez-Mallafré A, López-Rosendo M, Real J, Obiols-Llandrich JE. Fenotipo neuropsicológico del trastorno de déficit atencional/hiperactividad: ¿existen diferencias entre los subtipos? *Rev Neurol* 2005;40 (Supl 1): S17-23.
- ¹⁸ Hynd GW, Lorys AR, Semrud-Clikeman M, Nieves N, Huettner MI, Lahey BB. Attention deficit disorder without hyperactivity: a distinct behavioral and neurocognitive syndrome. *J Child Neurol* 1991; 6 (Supp. 1): S37-43.
- ¹⁹ Hodgins JB, Cole J, Boldizar J. Peer-based differences among boys with ADHD. *J Clin Child Psychol* 2000; 29(3):443-52.
- ²⁰ Lahey BB, Willcutt E. (2002). Validity of the diagnosis and dimensions of attention deficit hyperactivity disorder. In Jensen PS, Cooper JR, eds. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: State of the Science*. New York: Civic Research Institute, 2002. p. 1-23.
- ²¹ Marshall RM, Hynd GW, Handwerk MJ, Hall J. Academic underachievement in ADHD subtypes. *J Learn Disabil* 1997; 30(6):635-42.
- ²² Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB. Attention deficit disorder with and without hyperactivity: clinical response to three dose levels of methylphenidate. *Pediatrics* 1991; 87(4):519-31.
- ²³ Lahey BB, Schaughency EA, Frame CL, Strauss CC. Teacher ratings of attention problems in children experimentally classified as exhibiting attention deficit disorder with and without hyperactivity. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985; 24(5): 613-6.
- ²⁴ Lahey BB, Schaughency EA, Hynd GW, Carlson CL, Nieves N. Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Comparison of behavioral characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26(5):718-23.
- ²⁵ Lahey BB, Carlson CL. Validity of the diagnostic category of attention deficit disorder without hyperactivity: a review of the literature. *J Learning Disab* 1991; 24: 110-120.
- ²⁶ Barkley RA, Du Paul GJ, Mc Murray MB. A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58: 775-89.
- ²⁷ Sergeant JA, Scholten CA. On data limitations in hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatry* 1985; 26: 111-124.

-
- ²⁸ American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3 rd ed). Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980.
- ²⁹ Lahey BB, Schaughency EA, Hynd GW, Carlson CL et al. Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Comparison of behavioral characteristics of clinic-referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26: 718-723.
- ³⁰ Conners CK. Manual for the Conners' continuous performance test. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.; 1992
- ³¹ Achenbach TM. Assessment Data Manager ADM. Burlington: ASEBA; 2003.
- ³² Gioia GA, Isquith PK, Guy SC, Kenworthy L. Behavior rating inventory of executive function. *Neuropsychol Dev Cogn C Child Neuropsychol*. 2000; 6(3):235-8.
- ³³ Wechsler D. Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children –revised (1974). Spanish version: Escala de inteligencia de Wechsler para niños. Madrid: TEA Ediciones; 1995.
- ³⁴ Rey A. Figura de Rey - Test de copia de una figura compleja (7ª edición). Madrid: TEA Ediciones; 1999.
- ³⁵ Achenbach TM, Edelbrock CS. Child Behavior Checklist and Youth Self Report. Burlington, VT.: autor; 1986.
- ³⁶ Cervera M, Toro J, Gratacós ML, De la Osa N, Pons MD. (1991). Test d'ànàlisi de lectura i escriptura en català (T.A.L.E.C.). Colección Aprendizaje, vol. 79. Madrid: Visor Distribuciones. Versión catalana del T.A.L.E., Test de análisis de lectura y escritura” de Toro J y Cervera M. (5ª ed.). Colección Aprendizaje, vol. 18. Madrid: Visor Distribuciones; 1999
- ³⁷ Wechsler D. Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children –fourth edition. Versión castellana: Escala de inteligencia de Wechsler para niños. Madrid: TEA Ediciones; 2005
- ³⁸ Frick PJ, Lahey BB, Applegate B, Kerdyck L, Ollendick T, Hynd GW et al. DSM-IV field trials for the disruptive behavior disorders: symptom utility estimates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33(4): 529-39.
- ³⁹ Carlson CL, Mann M. Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive type. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2002; 31(1):123-9.
- ⁴⁰ Hinshaw SP, Carte ET, Sami N, Treuting JJ, Zupan BA. Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: II. Neuropsychological performance in relation to subtypes and individual classification. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(5):1099-111.

⁴¹ McBurnett K, Pfiffner LJ, Frick PJ. Symptom properties as a function of ADHD type: an argument for continued study of sluggish cognitive tempo. *J Abnorm Child Psychol* 2001; 29(3):207-13.

⁴² Skansgaard EP, Burns GL. Comparison of DSM-IV AD/HD combined and predominantly inattentive types: Correspondence between teacher ratings and direct observations of inattentive, hyperactivity/impulsivity, slow cognitive tempo, oppositional defiant, and overt conduct disorder symptoms. *Child Family Behav Therapy* 1998; 20: 1-14

⁴³ Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT.: University of Vermont, Dept. of Psychiatry; 1991.

⁴⁴ Farré A, Narbona J. EDAH, Escala para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (4ª edición). Madrid: TEA Ediciones; 2001