

UN NUEVO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN: LA PERSONALIDAD PERMEABLE

A new differential diagnosis of attention deficit disorder: the permeable personality

Eduardo Barragán Pérez

Departamento de Neurología Pediátrica. Hospital Infantil de México "Federico Gómez" México D.F., México

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el trastorno neuropsiquiátrico más común en la población pediátrica a nivel mundial, con un rango de frecuencia del 1.7% al 17.8% de la población. En México, este trastorno se considera un problema de salud pública, que afecta a aproximadamente el 5% de la población infantil, con una proporción variable hombre-mujer de 3:1 según las poblaciones estudiadas. El TDAH 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 del paciente en, por lo menos, dos ambientes distintos (casa, escuela, trabajo). Se estima que el TDAH afecta entre el 3-7% de los niños en edad escolar, dependiendo de los criterios usados. Además de la sintomatología central que observamos en niños y adolescentes con TDAH (desatención, hiperactividad e impulsividad), existe una alta comorbilidad con otros trastornos, aspecto que lo convierte en un trastorno claramente heterogéneo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES DEL TDAH

Los dos sistemas de clasificación más referenciados para el TDAH son el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), por la Organización Mundial de la Salud. La terminología elegida fue 'trastorno hiperkinético' en el CIE-10 y 'trastorno de déficit de atención/hiperactividad' en el DSM-IV. 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 presente en las dos dimensiones de desatención y de hiperactividad/impulsividad: a) **TDAH predominantemente hiperactivo/impulsivo (TDAH-HI)**, con un mínimo de seis síntomas de hiperactividad/impulsividad; b) **TDAH predominantemente desatento (TDAH-D)**, con un mínimo de seis síntomas de desatención; **TDAH combinado (TDAH-C)**, con un mínimo de seis síntomas de desatención y seis de hiperactividad/impulsividad. Otra categoría, el TDAH no especificado, se reserva para la sintomatología desatencional o la de hiperactividad/impulsividad que no cumplen todos

los criterios de TDAH. Por ejemplo, individuos con TDAH-D cuyos síntomas aparecen después de los 7 años o bien individuos con dificultades atencionales y un patrón conductual marcado por lentitud, tendencia a soñar despierto e hipoactividad.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TDAH

La primera edición, el DSM-I (1952), incluía tan sólo dos categorías diagnósticas infantiles, ninguna hacía referencia al TDAH. En el DSM-II (1968) apareció la 'reacción hiperkinética de la infancia (o adolescencia)' como un trastorno conductual de la infancia y la adolescencia. Se caracterizaba por exceso de actividad, inquietud, distracción 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) reflejaba la influencia de los trabajos de Douglas sobre el déficit atencional. El énfasis ya no se hacía en la hiperactividad, sino en el déficit atencional, que podía diagnosticarse con hiperactividad (TDAH+) o sin hiperactividad (TDAH-). A pesar de que la existencia del subtipo TDAH- fue validada por algunos investigadores, la polémica desatada hizo que el DSM-III-R (1987) 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 TDAH en niños con y sin hiperactividad y con y sin déficit atencional. En la última revisión, DSM-IV-TR (2000), se mantuvieron los mismos criterios y subtipos que en el DSM-IV. Se aceptaba que los subtipos TDAH-HI y TDAH-D podían evolucionar a TDAH-C y viceversa.

CONTROVERSIAS DE LOS SUBTIPOS

Aunque la clasificación actual del TDAH y sus subtipos en el DSM-IV-TR se sustenta sobre la base de una investigación muy rigurosa, quedan aún algunos puntos que aclarar:

– En el trabajo clínico se observa que los subtipos no son estables a lo largo de los años, mientras que los criterios diagnósticos

Recibido 26/11/2010, aceptado con modificaciones 2/12/2010

Correspondencia: Dr. Eduardo Barragán Pérez, Hospital Infantil de México "Federico Gómez", Departamento de Neurología Pediátrica, Dr. Márquez No. 162, Col. Doctores, México DF, México. Correo-E: neurodoc@prodigy.net.mx

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 (TDAH-C) puede reducir, cuando llega a la adolescencia, a cuatro o cinco los síntomas hiperactividad/impulsividad y quedar mal clasificado como TDAH-D. Sin duda, esta situación sería muy diferente en el adolescente con TDAH-D que desde niño nunca ha presentado problemas de hiperactividad/impulsividad.

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

–Los síntomas y criterios de déficit atencional para los subtipos TDAH-D y TDAH-C son los mismos.

–No existen criterios positivos específicos para el TDAH-D como los criterios positivos específicos de hiperactividad/impulsividad para los subtipos TDAH-HI y TDAH-C. En el estudio de campo del DSM-IV, llevado a cabo por Lahey, se usaron dos síntomas de desatención como criterio para el TDAH-D ('sueña despierto' y 'lento/soñoliento'); no obstante, se eliminaron en la versión definitiva del DSM-IV porque sólo una parte de los sujetos los presentaban.

–El subtipo TDAH-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 TDAH-D se ha asociado a problemas de atención selectiva/enfocada y a un procesamiento de información enlentecido, y el subtipo TDAH-C tendría más problemas en la persistencia del esfuerzo, la atención sostenida y la distracción como resultado de sus dificultades para inhibir conductas. Por otro lado, las manifestaciones conductuales de déficit atencional que mejor distinguen los subtipos son los síntomas de 'tempo cognitivo lento'. Sin embargo, aún este no define de manera adecuada una serie de situaciones estructuradas y específicas que muestran alguno de los pacientes, desde el inicio de su vida, y que impacta de manera importante hasta la vida del adolescente. Con el fin de determinar si dos trastornos son manifestaciones de la misma o diferente entidad, nuestro grupo ha encontrado en investigaciones aún no publicadas aún una serie de diferencias entre las cuales se encuentran algunos indicadores, como la epidemiología (prevalencia, edad, sexo), los síntomas centrales (atención, hiperactividad, impulsividad y edad de aparición), los síntomas asociados (comorbilidad, rendimiento académico, funcionamiento social, etc.), las medidas de laboratorio (tests neuropsicológicos, potenciales evocados, neuroimagen, etc.); y la historia de la psicopatología familiar.

EL CONSTRUCTO "PERSONALIDAD PERMEABLE"

Se ha descrito al afectado como 'lento', 'olvidadizo', 'con tendencia a soñar despierto, perdido en sus pensamientos', 'desmotivado', 'confundido', lo que se suma a un bajo rendimiento en algunos tests neuropsicológicos –como el subtest de claves de la escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada (WISC-R) con TDAH. El término *sluggish cognitive tempo* surgió como cons-

tructo para aglutinar estas características que reflejaban un estado de alerta y orientación irregulares. Sin embargo, no logra reflejar algunas otras alteraciones, específicamente un involucro del sistema cerebeloso, como lo ha mencionado el Dr. Xavier Castellanos, quien además involucra un sistema que presenta alteraciones desde el nacimiento.

Dentro de las características que se han observado en esta personalidad permeable, de forma importante no solo se describen las alteraciones en los tres principales síntomas (inatención, hiperactividad, impulsividad) sino un impacto sobre la ganancia de habilidades motoras desde el nacimiento, y el problema que se genera a lo largo de los primeros años de la vida, sobre funcionamiento social, familiar y de la personalidad. Es interesante observar que este grupo de pacientes presentan respuestas y evolución heterogénea, e incluso, responden de manera diferente a los tratamientos farmacológicos establecidos (estimulantes). Desde hace algunos años, algunos investigadores como Gilbert intentaron llamar la atención de un grupo de individuos caracterizados por problemas en procesos motrices, que también involucra en sus procesos perceptivos y alteraciones visuoespaciales.

Consideramos que existen algunos pacientes cuyas características de personalidad incluyen problemas de atención, siendo datos cardinales de ésta los problemas de coordinación motriz, alteraciones visuoespaciales y modificaciones en sus procesos emocionales. Este síndrome puede representar una entidad diferente al TDAH. El valor de tener un diagnóstico diferencial que permita considerar otra evolución y tratamientos ayudará a apoyar el neurodesarrollo del niño o adolescente. Algunas características adicionales de este grupo de pacientes con personalidad permeable son las siguientes:

- Retraso en el desarrollo psicomotor,
 - Retraso en el desarrollo del lenguaje hablado,
 - Problemas visuo-espaciales
 - Alteraciones específicas del aprendizaje (lecto-escritura),
 - Hipotonía generalizada,
 - Lentitud en los procesos de ejecución motriz,
 - Dificultades en los procesos de organización, planeación y orden,
 - Gran introspección de sus sentimientos,
 - Analíticos, intensos, explosivos,
 - Dificultad en la externalización de los sentimientos (dificultad en expresar sus emociones),
 - Nobles con sus compañeros
 - Alteraciones en la percepción y sensibilidad (sienten cosas muy finas y pueden soportar sin problemas golpes más fuertes; tienen gustos específicos para la comida como cierto tipo de alimentos o texturas),
 - Gran sensibilidad al medio que los rodea
 - Fantasiosos, creativos
 - Dificultades en las relaciones sociales con pares, facilidad con adultos
 - Gusto por juegos más analíticos (ajedrez, rompecabezas, etc.)
 - Gusto aumentado por la naturaleza (en especial a los animales)
 - Comorbilidad frecuente con problemas de ansiedad
- Actualmente estamos evaluando una cohorte de pacientes con

este perfil. Hemos evaluado a pacientes pediátricos entre los 5 y 15 años de edad, referidos entre el año 2000 y 2010 por síntomas de inatención, hiperactividad o impulsividad. La evaluación ha incluido valoración de condición clínica, áreas de proceso de desarrollo como lectura, escritura, coordinación psicomotriz gruesa y fina, ciclos del sueño, alimentación, aspectos emocionales y de socialización. Hemos utilizado las escalas DSM-IV, ADHD Rating Parents Scale, Conners test, pruebas de Bender, otras valoraciones psicopedagógicas incluyendo una escala de inteligencia (WISC-R) y encefalograma. De 670 pacientes referidos para estudio por TDAH 456 (68%) cumplieron los criterios diagnósticos para el síndrome.

Un 23% de la muestra mostraba síntomas de predominio inatento; sin embargo, los padres reportaban que esta inatención era intermitente, que se da en ciertos momentos y ante ciertas circunstancias. La mayoría mostraba problemas en el desarrollo psicomotor (88%) desde los primeros meses de vida, retraso en el desarrollo del lenguaje y trastornos del habla (83%), alteraciones específicas del aprendizaje (lecto-escritura) (92%), mala regulación de los estados emocionales y baja autoestima, gran sensibilidad y alta internalización y problemas para la expresión verbal de sentimientos, nobles, creativos junto con problemas visuo-espaciales y a la exploración neurológica con datos signos de afectación neurológica (hipotonía generalizada). Estos pacientes no mostraron una respuesta tan favorable a los tratamientos farmacológicos como estimulantes y presentaron una alta comorbilidad con trastornos de ansiedad. Creemos que esto es el resultado de un trastorno diferente de la personalidad y probablemente a síntomas derivados de alteraciones en otras regiones del sistema nervioso central, en especial de cerebelo.

El fenotipo del neurodesarrollo de los niños con personalidad permeable, suele ser suficientemente característico como para identificarlo como un patrón singular, a partir de la información aportada por la familia y el colegio, además de la observación directa. Además, aunque muestran problemas derivados de su trastorno

en más de un entorno, es más frecuente que estos se exacerban, en especial las manifestaciones de ansiedad, en el colegio o ante alguna actividad que conlleve a exponer sus problemáticas. Estas características, de acuerdo con el DSM-IV, deberían condicionar el diagnóstico en base al DSM-IV del TDAH-D. Por otro lado, todos ellos se ajustan a un perfil conductual y cognitivo suficientemente característico como para ser individualizados entre el conjunto de pacientes con TDAH-D. El diagnóstico de TDAH-D permite hasta cinco criterios de hiperactividad/impulsividad, característica que parece muy alejada del perfil de nuestros pacientes evaluados.

Es interesante observar que se ha podido identificar un perfil neurocognitivo específico a partir de las pruebas psicométricas practicadas, donde se insinúan algunos aspectos que parecen bastante característicos, como es una discrepancia mayor de 10 puntos entre las escalas verbales y de ejecución en el WISC-R, y un Bender que reporta siempre puntajes bajos esperados para la edad. A nosotros nos parece, que aquí, a diferencia del TDAH tradicional, donde el impacto y la afectación se da más sobre regiones frontales, este se da en las regiones cerebelosas, impactando de forma diferente en la evolución de los pacientes, como propuso el Dr. Xavier Castellanos, lo cual condiciona respuestas terapéuticas diferentes, tanto a las terapias de apoyo recomendadas, como una mala respuesta farmacológica que se puede ver en estos pacientes.

Las apreciaciones que se derivan de esta limitada serie de pacientes en estudio son compatibles con la propuesta en la literatura de que un grupo de niños con TDAH 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 personalidad permeable. Además, de forma interesante, a diferencia de los niños con TDAH comunes, estos pacientes van adquiriendo y reforzando las habilidades de manera paulatina, mejorando y adaptándose mejor a su medio, lo cual favorece pronósticos diferentes, y de alguna manera, pensar que podamos estar ante una manifestación neuropsiquiátrica diferente del TDAH.

REFERENCIAS

1. Elia J, Ambrosini PJ, Rapoport JL. Treatment of attention-deficit-hyperactivity disorder. *NEJM* 1999;340(10):780-88.
2. Barragán E. El niño y el adolescente con trastorno por déficit de atención, su mundo y sus soluciones. 2 Ed. Mexico: Edit. Altius 2003.
3. Conners CK. Clinical use of rating scales in diagnosis and treatment of attention-deficit-hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am* 1999;46(5):857-75.
4. Hechtman L. Predictors of long-term outcome in children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am* 1999;46(5):1039-49.
5. Swanson J, Castellanos FX, Murias M, LaHoste G, Kennedy J. Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Curr Opin Neurobiol* 1998;8:263-71.
6. Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW, Corners CK, Emslie GJ, Jensen PS, et al. The Texas Children's medication algorithm project: Report of the Texas consensus conference panel on medication treatment of childhood attention-deficit-hyperactivity disorder. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(7):908-26.