C. García-Sánchez¹
A. Estévez-González²
C. Junqué²

Diferencias en los trastornos de atención con y sin hiperactividad

- 1 Sección de Neuropsicología.
Servicio de Neurología.
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.
- 2 Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica.
Universidad de Barcelona

Differences between attention deficit disorder with and without hyperactivity

Correspondencia

C. García Sánchez.
Sección de Neuropsicología. Servicio de Neurología.
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.
San Antoni M. Claret 167. 08025 Barcelona

RESUMEN

Los trastornos de atención con hiperactividad continúan siendo entidades controvertidas a pesar de ser trastornos muy frecuentes del desarrollo. El objetivo de nuestra revisión es mostrar aquellos trabajos que han aportado diferencias entre ambos trastornos desde diferentes perspectivas: frecuencia, antecedentes familiares, diferencias cognitivas, conductuales y neuroquímicas. Todo ello justifica la necesidad de un diagnóstico diferencial.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de atención; Trastorno de atención con hiperactividad; Trastorno de atención sin hiperactividad.

ABSTRACT

Attention deficit disorders with and without hyperactivity are controversial entities nosologies, although developmental disorders are very frequent. The aim of our study is to review those studies that have shown differences between both disorders from distinctive perspectives: frequency, familiar background, cognitive, behavioural and neurochemical differences. All these studies support a differential diagnostic

KEY WORDS

Attention deficit disorder; Attention deficit disorder with hyperactivity; Attention deficit disorder without hyperactivity.

INTRODUCCIÓN

Cuando revisamos la evolución histórica experimentada por los trastornos de atención con hiperactividad (ADD/H) y sin hiperactividad (ADD/WO), no podemos menos que sorprendernos del escaso interés que ha suscitado este último cuadro en contraposición al primero. Aún hoy en día, habiéndose subsanado en parte, continua existiendo un abismo en cuanto al número de estudios realizados sobre el trastorno de atención con hiperactividad en detrimento del trastorno de atención sin hiperactividad. Quizás la razón de ello radique en que los niños hiperactivos son niños que "agotan", "molestan", no terminan de adaptarse al orden establecido, mientras que los niños con trastornos de atención sin hiperactividad pasan inadvertidamente dóciles.

El problema se acentúa ante una escolarización obligatoria y generalizada. La imposición de horarios rígidos, normas, y la necesidad de mantener la atención durante un tiempo, "siempre" demasiado largo para estos niños, hace cuestionarse a los profesionales que les envuelven que al que en otras condiciones hubieran descrito de "nervioso", "que no para un momento", "travieso" en el caso de los ADD/H, o "distráido", "tranquilo" en el caso de los ADD/WO, sean manifestaciones de rasgos de personalidad que expliquen este comportamiento. Así, estos niños encuentran su primer problema al incorporarse a la escolarización. A pesar de que normalmente no muestran retraso intelectual, suelen ser malos estudiantes y por lo general presentan problemas específicos de aprendizaje, considerándose que son los que mayores problemas de conducta presentan durante los primeros años de escolarización, y conflictos en su adolescencia.

Hasta hace pocos años, la indiferencia con resignación era su único tratamiento. Por un lado, los padres se resignaban con un "que le vamos a hacer" o un "ya cambiará de mayor". Por otro lado, en la escuela el niño repetía los cursos o se le cambiaba de centro. Hasta que los padres cansados le malincorporaban apresuradamente al mundo laboral. De hecho, todavía en la actualidad sucede así, aunque afortunadamente es cada vez mayor el número de estos niños que son correctamente derivados a servicios de diagnóstico.

En la presente revisión queremos destacar aquellas investigaciones que han enfatizado la necesidad de diferenciar ambos trastornos, y por tanto afianzar la importancia de su diagnóstico diferencial.

ADD/H Y ADD/WO

La antigua categoría de *reacción hiperquinética* del DSM-II, queda reemplazada por el término de *trastorno de atención* con el DSM-III⁽¹⁾ (Tabla 1 y 2). Diferenciándose dos tipos: *trastorno de atención con hiperactividad* y *trastorno de atención sin hiperactividad*, de ahí las correspondientes nomenclaturas ADD/H (*attention deficit disorder with hyperactivity*) y ADD/WO (*attention deficit disorder without hyperactivity*) (Tablas 1 y 2).

El trastorno de atención se define como un trastorno en el cual los síntomas primordiales se caracterizan por impulsividad y falta de atención, ambos inapropiados para la etapa del desarrollo sin que haya necesidad de exhibir hiperactividad motora. En la práctica diagnóstica, el objetivo de este cambio no es otro que el de ampliar el criterio a aquellos casos en el que existiendo un trastorno atencional no exhibían hiperactividad, y difícilmente podían ser diagnosticados con el criterio del antiguo sistema.

La actividad motora excesiva, comúnmente denominada hiperactividad puede presentarse simultáneamente con inatención e impulsividad (ADD/H), aunque la actividad motora no es un componente necesario para el diagnóstico de trastorno de atención. Se enfatiza la importancia de los déficits de atención e impulsividad sobre la hiperactividad motora.

La categoría ADD/H es nuevamente reemplazada en el DSM-III-R⁽²⁾ (Tabla 3) por una nueva categoría: *deficit atencional-hiperactividad* (AD/HD). Donde más que requerir la presencia de una serie de síntomas en cada una de las tres dimensiones (déficit atencional, impulsividad e hiperactividad motora) el AD-HD se diagnostica de forma disyuntiva utilizando una lista que recoge 14 criterios diagnósticos que definen de forma unidimensional el denominado trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De este modo, ya no se requiere un único síntoma o constelación de síntomas determinados, esta definición desemboca con frecuencia con la inclusión de niños actualmente diagnosticados como ADD/WO según el DSM-III.

También el DSM-III-R, cuenta con una nueva categoría diagnóstica: el *trastorno de atención indiferenciado* (UADD). A pesar de que esta categoría sería la equivalente a la de ADD del DSM-III, su presencia en el DSM-III-R no elimina la posibilidad de que niños que presumiblemente adoptan el diagnóstico de ADD en el DSM-III se incluyan en la categoría de AD-HD del DSM-III-R⁽¹⁾. El UADD es una categoría residual para aquellas

Tabla 1 Criterios para el diagnóstico de los trastornos por déficit de atención con hiperactividad según el DSM-III

- A) *Falta de atención. Al menos tres de los síntomas siguientes:*
1. A menudo no puede acabar las cosas que empieza.
 2. A menudo no parece escuchar.
 3. Se distrae con facilidad.
 4. Tiene dificultades para concentrarse en el trabajo escolar o en tareas que exigen una atención sostenida.
 5. Tiene dificultades para concentrarse en el juego.
- B) *Impulsividad. Al menos tres de los síntomas siguientes:*
1. A menudo actúa antes de pensar.
 2. Cambia con una excesiva frecuencia de una actividad a otra.
 3. Tiene dificultades para organizarse en el trabajo (sin que haya un déficit cognitivo).
 4. Necesita supervisión constantemente.
 5. Hay que llamarle la atención en casa con frecuencia.
 6. Le cuesta guardar turno en los juegos o en las situaciones grupales.
- C) *Hiperactividad. Al menos dos de los siguientes:*
1. Corre de un lado a otro en exceso, o se sube a los muebles.
 2. Le cuesta mucho quedarse quieto en su sitio o se mueve excesivamente.
 - 3- Le cuesta estar sentado.
 4. Se mueve mucho durante el sueño.
 5. Está siempre "en marcha" o actúa "como si lo moviese un motor".
- D) *Inicio antes de los siete años.*
- E) *Duración de al menos seis meses.*
- F) *Todo ello no se debe a una esquizofrenia, ni a un trastorno afectivo, ni a un retraso mental grave y profundo.*

alteraciones cuya sintomatología predominante consista en la persistencia de una falta considerable de atención inapropiada con la etapa del desarrollo del niño, que no constituye un síntoma de otro trastorno como retraso mental o trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y que no sea debida a la existencia de un ambiente caótico y desorganizado.

Por desgracia en muchos artículos de investigación sigue sin hacerse referencia a la presencia o ausencia de hiperactividad en el trastorno. Lo que genera desconocimiento sobre los sujetos a los que deben aplicarse los resultados obtenidos⁽¹²⁾.

DIAGNÓSTICO

Ambos trastornos son diagnosticados en proporciones diferentes. Los niños y adolescentes que exhiben un

Tabla 2 Criterios diagnósticos para los trastornos por déficit sin hiperactividad. Según DSM-III

Los criterios para este trastorno son los mismos que aquellos que rigen los trastornos por déficit de atención con hiperactividad, excepto en el caso de que el individuo nunca haya presentado signos de hiperactividad (criterio C)

comportamiento descontrolado como la hiperactividad, impulsividad/agresividad (ADD/H) son remitidos en mayor número para tratamiento y su diagnóstico se realiza a una edad cronológicamente inferior.

Los niños ADD/WO son difíciles de detectar por su excesiva docilidad por lo que pasan inadvertidos, aunque paradójicamente llamen poderosamente la atención de los profesores precisamente por su excesiva docilidad⁽¹⁰⁾.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Como cabía esperar en sujetos ADD/H con respecto a los ADD/WO se ha hallado una mayor prevalencia de conductas hiperactivas, trastornos de atención y abuso de sustancias tóxicas entre sus familiares^(8,10).

DIFERENCIAS CONDUCTUALES

La mayor parte de los estudios coinciden al considerar que los niños ADD/H son más agresivos, impulsivos, distraídos, con mayores dificultades en sus relaciones sociales (o socialmente rechazados) y conductualmente más problemáticos que los ADD/WO^(10,11,16). Son considerados por sus profesores como más irresponsables, descuidados, propensos a responder sin pensar y más rápidos en finalizar tareas asignadas que los ADD/WO^(11,12). Los niños ADD/WO serían más tímidos, ansiosos y perezosos^(3,10). También se ha documentado que los niños ADD/WO son menos impulsivos que los ADD/H^(9,11,12) y no más impulsivos que un grupo control⁽¹⁰⁾. Conductualmente los ADD/WO se asemejarían más a aquellos niños que muestran trastornos del aprendizaje (LD): ambos se muestran letárgicos, con dificultades en sus relaciones sociales, pobres habilidades organizativas y dificultades de aprendizaje⁽¹⁶⁾.

Tabla 3 Criterios para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad según DSM-III-R

A. Una alteración de por los menos seis meses de evolución, con la presencia de por lo menos ocho de los siguientes síntomas siguientes.

1. Inquietud frecuente, que se aprecia por movimientos de manos o pies o por moverse en el asiento (en los adolescentes puede estar limitado a sensaciones subjetivas de impaciencia e inquietud).
 2. Dificultad para permanecer sentado cuando la situación lo requiere.
 3. Fácil distrabilidad por estímulos ajenos a la situación.
 4. Dificultad para guardar turno en los juegos o situaciones de grupo.
 5. Frecuencia de respuestas precipitadas antes de que se acaben de formular las preguntas.
 6. Dificultad para seguir las instrucciones de los demás (no debido a negativismo, o error de comprensión). Por ejemplo, no finaliza las tareas que le encomiendan.
 7. Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
 8. Frecuentes cambios de una actividad incompleta a otra.
 9. Dificultad para jugar con tranquilidad.
 10. A menudo habla excesivamente, verborrea.
 11. A menudo interrumpe o se implica en actividades de otros niños; por ejemplo, interrumpiendo el juego que han comenzado.
 12. A menudo, no escucha lo que se le dice.
 13. A menudo, pierde cosas necesarias para una tarea o actividad escolar (por ejemplo, juguetes, lápices, libros, deberes).
 14. A menudo, practica actividades físicas peligrosas sin evaluar los posibles riesgos (no con el propósito de buscar emociones fuertes); por ejemplo, cruzar una calle de mucho tráfico sin mirar.
- B) *Comienza antes de los siete años.*
C) *No reúne los criterios para el trastorno generalizado del desarrollo.*

DIFERENCIAS NEUROPSICOLÓGICAS

Los niños ADD/WO con frecuencia no logran alcanzar las habilidades esperadas para su edad, su rendimiento es inferior al de los ADD/H, mostrando un mayor enlentecimiento perceptivo motor y de procesamiento cognitivo^(3,10). Tienen más dificultades académicas, trastornos de ansiedad y son significativamente más lentos en tareas que exigen velocidad de denominación alternante⁽⁹⁾.

Algunos autores señalan que el bajo rendimiento escolar en los niños ADD/H se explica probablemente por problemas atencionales y conductuales, mientras que en los ADD/WO estaría más relacionado con trastornos atencionales y cognitivas. Hallándose un codiagnóstico de trastorno de lectura o cálculo en el 60% de los ADD/WO y sólo en el 40% en los ADD/H⁽⁹⁾.

Goodyear y Hynd⁽⁶⁾ en su revisión de aquellos estudios psicométricos en los que se diferencian ambos grupos (ADD/H, ADD/WO) establecen que las medidas de las puntuaciones en el WISC-R para el coeficiente intelectual verbal (CIV) era de 103,7 (ADD/H) y 101,5 (ADD/WO): para el coeficiente intelectual manipulativo (CIM): 102,0 (ADD/H) y 99,5 (ADD/WO) y para el coeficiente intelectual total (CIT): 102,4 (ADD/H) y 102,1 para ADD/WO. El coeficiente intelectual en los sujetos ADD/WO sería ligeramente inferior al de los ADD/H, pero sin hallarse diferencias significativas en 10 de 12 estudios⁽⁸⁾.

De forma más específica, en pruebas neuropsicológicas se han hallado alteraciones de las funciones frontales en sujetos ADD/H que no se han hallado en los ADD/WO, particularmente aquellas sensibles a la incapacidad de inhibición^(4,6). Aunque estos resultados son cuestionados por la alta comorbidad de otros trastornos tales como trastornos de aprendizaje y trastornos de conducta⁽⁴⁾. También se sugiere un déficit de consolidación en el aprendizaje procedimental en sujetos ADD/WO, pero no en el aprendizaje declarativo cuando se compara con un grupo de ADD/H o un grupo control⁽⁷⁾.

Algunos autores han postulado que el trastorno de atención en ambos grupos es diferente. Mientras que la atención mantenida (tareas que requieren prestar atención durante un tiempo prolongado) parece ser un problema más frecuente en los ADD/H, la atención selectiva supondría un mayor problema en los sujetos ADD/WO, así como en los LD⁽¹¹⁾.

DIFERENCIAS NEUROQUÍMICAS

La respuesta clínica ante una misma dosis de metilfenidato es diferente en ambos grupos. Los ADD/WO no responden, responden mínimamente o rinden mejor ante una dosis baja de medicación, mientras que los sujetos con trastorno de atención con hiperactividad muestran mejoría ante dosis de moderadas a altas⁽⁶⁾.

Schaughency y Hynd⁽¹⁵⁾ sugieren que la base fisiológica en los ADD/H radica en un trastorno de la activación del control de la atención, mientras que en los ADD/WO mostrarían un déficit del sistema de arousal. Esto que explicaría la impulsividad como rasgo característico en el primer caso y lentitud cognitiva en el segundo, podría verse confirmado con experimentación animal al hallarse diferentes neurotransmisores implicados en el proceso de atención: la dopamina más

190 asociada al procesamiento motor-córtex anterior, sería el neurotransmisor principalmente implicado en los ADD/H, lo que explicaría su mejoría ante fármacos estimulantes, que potenciarían los efectos dopaminérgicos, mientras que la noradrenalina más asociada al procesamiento sensorial-córtex posterior, sería el neurotransmisor responsable de ADD/WO, y de modo específico de la atención selectiva⁽¹³⁾.

CONCLUSIÓN

Las diferencias halladas en lo referente a antecedentes familiares, proporción, edad del diagnóstico, tratamiento, diferencias conductuales y cognitivas en grupos de sujetos ADD/H y ADD/WO justifican la validez de un diagnóstico diferencial.

Estudios neuropsicológicos realizados muestran hasta el momento una relativa diferenciación entre ambos trastornos. Posiblemente esto se deba a que los instrumentos empleados no clarifican la naturaleza del déficit, y que el número de sujetos ADD/WO en estos estudios suele ser reducido^(7,11). Se requieren estudios neuropsicológicos que empleen pruebas neuropsicológicas más sensibles para investigar habilidades específicas en uno y otro grupo, y aumentar nuestra comprensión del trastorno que diferencialmente puede afectar a cada grupo.

La necesidad de seguir diferenciando con nuevos estudios los sujetos ADD/H y ADD/WO, se justifica todavía más si cabe, cuando en una búsqueda por bases de datos de los últimos años podemos recopilar más de 300 referencias de interés sobre este tema, pero tan sólo poco más de una docena, que son los reflejados en esta revisión, se han caracterizado por diferenciar ambos grupos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 American Psychiatric Association. *DSM-III, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1985.
- 2 American Psychiatric Association. *DSM-III-R, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1988.
- 3 Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB. Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990;**58**:775-789.
- 4 Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB. Attention deficit disorder with and without hyperactivity: clinical response to three dose levels of methylphenidate. *Pediatrics* 1991;**87**:519-531.
- 5 Barkley RA, Grodzinsky G, McMurray MB, DuPaul GJ. Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1992;**20**:163-188.
- 6 Chelune GJ, Ferguson W, Koon R, Dickey TO. Frontal lobe disinhibition in attention deficit disorder. *Child Psychiatry and Human Development* 1986;**16**:221-234.
- 7 García-Sánchez C, Jurado MA, Mataró M, Deus J, Jódar M, Junqué C. Declarative and procedural learning in attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 1993;**15**:410.
- 8 Goodyear P, Hynd GW. Attention-deficit disorder with (ADD/H) and without (ADD/WO) hyperactivity: behavioral and neuropsychological differentiation. *Journal of Clinical Child Psychology* 1992;**21**:273-305.
- 9 Hynd GW, Lorys AR, Semrud-Clikeman M y cols. Attention deficit disorder without hyperactivity: a distinct behavioral and neurocognitive syndrome. *Journal of Child Neurology* 1991;**6** (Suppl):S35-S41.
- 10 King CK, Young RD. Attentional deficits with and without hyperactivity: teacher and peer perceptions. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1982;**10**:483-496.
- 11 Lahey BB, Schaughency EA, Hynd GW y cols. Attention deficit disorder with and without hyperactivity: comparison of behavioral characteristics of clinic-referred children. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1987;**26**:718-723.
- 12 Lahey BB, Pelham WE, Schaughency EA y cols. Dimensions and types of attention deficit disorder. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1988;**27**:330-335.
- 13 Lorys AR, Hynd GW, Lahey BB. Do neurocognitive measures differentiate attention deficit disorder (ADD) with and without hyperactivity? *Archives of Clinical Neuropsychology* 1990;**5**:119-135.
- 14 Satterfield JH, Hoppe CM, Scell AM. A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys. *American Journal of Psychiatry* 1992;**139**:119-120.
- 15 Schaughency EA, Hynd GW. Attention and impulse control in attention deficit disorders (ADD): Neural control systems. *Learning and Individual Differences* 1989, (cit. por Lorys AR, Hynd GW, Lahey BB. *Archives of Clinical Neuropsychology* 1990;**5**:119-135).
- 16 Stanford LD, Hynd GW. Congruence of behavioral symptomatology in children with ADD/H, ADD/WO, and learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities* 1994;**27**(4):243-253.