

Diferencias neuropsicológicas y comportamentales en el trastorno por déficit de atención

José Antonio Portellano Pérez

Madrid

RESUMEN

Dentro del grupo de los niños con Trastorno por Déficit de Atención (TDA), la Clasificación Diagnóstica y Estadística de las Enfermedades Mentales (DSM-III) establece la existencia de dos categorías relativamente diferenciadas: TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hipercesnia) y Trastorno por Déficit de Atención sin Hipercesnia (TDA no H). Actualmente se cuestiona la existencia de estas dos categorías diferenciadas dentro del TDA.

El objetivo del trabajo es estudiar las diferencias neuropsicológicas y comportamentales existentes entre ambos tipos de TDA. Se comparan dos muestras de niños con TDAH (n=31) y TDA no H (n=26). A todos los sujetos se les aplicó una batería de pruebas compuesta por la Escala de Wechsler-WISC, el test de Memoria (MAI), la prueba VRT de Benton, el Cuestionario Neurológico Rápido de Mutti (QNST), el Cuestionario de Personalidad EPQ-J de Eysenck y un Estudio de Antecedentes Personales.

Los resultados ponen de manifiesto una peor eficiencia en el grupo de los niños con

TDAH, alcanzándose diferencias significativas en los antecedentes perinatales patológicos, QNST y escalas de Neuroticismo y Desviación Psicopática en EPQ-J. Las diferencias neuropsicológicas indican un mayor grado de afectación en la integración del Sistema Nervioso de los niños con TDAH, mientras que los mayores niveles de neuroticismo y conducta asocial pueden explicarse como trastornos reactivos que son la consecuencia del mayor grado de rechazo que socialmente sufren los niños con déficit atencional e hipercesnia.

Como conclusión se sugiere que existen perfiles neuropsicológicos y comportamentales relativamente diferenciados entre el TDAH y el TDA no H, por lo que se sugiere la conveniencia de seguir manteniendo ambas categorías diagnósticas dentro del grupo de niños con Trastorno por Déficit de Atención (TDA).

Palabras Clave: Trastorno por Déficit de Atención. Hipercesnia. Neuropsicología.

SUMMARY

DSM-III divides Attention Deficit Disorder (A.D.D.) in two different categories: Attention Deficit Disorder with or without hyperactivity (ADD-H vs. ADD without H.) The existence of these clinical categories are questioned by many authors.

Departamento de Psicobiología. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense. Campus de Somosaguas. 28023 Madrid.

In this paper we study neuropsychological and behavioral differences between both clinical categories. Two samples of ADD children with hyperactivity ($n=31$) and without hyperactivity ($n=26$) were compared. Every children were tested with Wechsler-WISC scale, MAI memory test, BENTON Visual Retention Test, QNST neurological questionnaire, EPQ-J (includes Neuroticism, Psychoticism, Asocial Behavior and Extraversion subscales) and Personal Antecedents Check-List.

Results show the worst scores in the ADD-H group, obtaining statistical differences in Personal Antecedents, QNST, Neuroticism and Asocial Behavior. Worst scores in neuropsychological background of ADD-H group are explained by the different degree of Nervous System affectation. Behavioral differences can be attributed at psychorreactive disorders in the ADD-H group.

These results suggest the existence of two differentiated profiles into ADD syndrome and the convenience of maintaining the two categories proposed by DSM-III.

Key words: Attention Deficit Disorder (ADD). Hyperactivity. Neuropsychology.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención (TDA) constituye una patología relativamente frecuente en la población infantil, ya que se estima una prevalencia en torno al 5% (1). Los niños con TDA se caracterizan por presentar dificultades de atención, impulsividad e hiperactividad. Hasta fechas recientes se ha asociado la Disfunción Cerebral Mínima (DCM) con la hiperactividad y con las dificultades de aprendizaje. De hecho, prácticamente un 50% de los niños atendidos en consulta por psicólogos, psiquiatras o neurólogos a causa de sus dificultades de aprendizaje sufre algún tipo de disfunción cerebral (2). Sin embargo el TDA, la DCM y las Dificultades de Aprendizaje no son sinónimos, sino que tienen en común la existencia de algún tipo de disfuncionalidad

en el Sistema Nervioso. Los niños con TDA frecuentemente presentan dificultades de aprendizaje y conducta que hacen que su adaptación y rendimiento escolar sean muy precarios, pese a que tienen una inteligencia dentro de límites normales.

En la actualidad se han impuesto los términos utilizados por la Clasificación Diagnóstica y Estadística de las Enfermedades Mentales (DSM-III), para realizar el diagnóstico del TDA (3). Esta clasificación establece la existencia de dos categorías diferenciadas entre los niños con TDA. En primer lugar existiría un tipo de niños caracterizados por un fuerte estado de hiperactividad, impulsividad y trastorno atencional, llamados niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (T.D.A.H.). En segundo término existiría una categoría diagnóstica constituida por niños con dificultades de atención e impulsividad pero que no manifiestan una intensa inquietud psicomotriz (T.D.A. no H.). La existencia de estas dos subcategorías diagnósticas ha sido y sigue siendo muy cuestionada por distintos autores, que niegan la entidad del Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad, admitiendo únicamente el TDAH como auténtica categoría diagnóstica.

Los niños con TDA (con o sin hiperactividad) presentan una deficiente inhibición en la activación de la Formación Reticular, provocando niveles excesivamente elevados de excitación en la corteza, produciendo una serie de descargas difusas en el cerebro (4).

El objetivo de este estudio es comparar dos muestras de niños con TDA con o sin hiperactividad, intentando definir si existen diferencias en el rendimiento neuropsicológico y neurocomportamental entre ambos grupos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestras: Se han comparado dos muestras de niños y niñas con TDA. El primer grupo lo constituyen 31 niños que reunían las características requeridas para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiper-

cinesia (TDA-H). El segundo grupo lo componen 26 niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención sin Hipercinesia (TDA-no H). Las muestras proceden de varios colegios situados en la zona oeste de Madrid. Todos los niños acudían al colegio con regularidad, presentando nivel intelectual normal, ausencia de trastornos neurológicos o emocionales graves. La preselección de los posibles casos de TDA se hizo mediante un cuestionario de identificación enviado a los maestros de niños de primero a sexto de EGB. Todos los niños estaban comprendidos entre los seis y los doce años de edad.

Pruebas Aplicadas: A todos los sujetos se les aplicó una batería de pruebas formada por:

- Cuestionario de Identificación Clínica.
- Test de Memoria MAI.
- Cuestionario Neurológico Rápido QNST de Mutti.
- Test de Benton (VRT), forma C, con reproducción diferida a 10".
- Cuestionario de Personalidad de Eysenck EPQ-J, que incluye las escalas de neuroticismo, extraversión, psicoticismo, conducta asocial y sinceridad.
- Test de Wechsler-Wisc.

Metódica de Exploración: La aplicación de pruebas se llevó a cabo en sesiones de mañana, en las dependencias del servicio de Orientación Psicopedagógica de cada centro escolar, por un equipo de psicólogos. Previamente se mantenía una entrevista con los padres de cada niño, en el transcurso de la cual se rellenaba un cuestionario de identificación clínica. De un total de 284 presuntos casos de niños con TDA preseleccionados por los profesores, la cifra final quedó reducida a los 57 casos descritos. La selección y exploración de casos se realizó durante los cursos 1988-89 y 1989-90.

RESULTADOS

No existen diferencias significativas en cuanto a estatus socioeconómico en ambos grupos. Predomina ligeramente el porcentaje de casos

con patología perinatal en el grupo de los niños con TDAH. Ambos grupos tienen un edad similar (Tabla I).

TABLA I
Edad, nivel socioeconómico y patología perinatal.

	TDAH (n=31)	TDA no H. (n=26)
Edad		
Rango	6±12	6±12
$\bar{X} \pm D.S.$	9.2±2.3	9.4±2.7
Nivel socioeconómico		
Medio-alto	3%	3%
Medio	44%	35%
Medio-bajo	36%	50%
Bajo	17%	12%
Patología perinatal	19 (61%)	12 (46%)

(X = Media. D.S. Desviación Típica)

El Cociente Intelectual, en la Escala de Wechsler, es ligeramente inferior en el grupo de los niños con TDAH pero no alcanza valores estadísticamente significativos (Tabla II). En ambos grupos el Cociente Intelectual Manipulativo es inferior al Cociente Intelectual Verbal. Los resultados se indican en la Tabla II.

TABLA II
Resultados en Wechsler-WISC

C.I.	TDAH (n=31)	TDA no H. (n=26)	P
	$\bar{X} \pm D.S.$	$\bar{X} \pm D.S.$	
Verbal	106±12.4	108±10.9	N.S.
Manipulativo	101±12.4	104±11.2	N.S.
Total	103±12.4	106±11.1	N.S.

X = media; D.S. = Desviación Típica

P = Significación estadística

N.S. = Diferencias no significativas

En la prueba de memoria MAI no hay diferencias significativas entre ambos grupos, aunque en la subescala de memoria numérica los niños con TDAH obtienen peores puntuaciones, situándose en el límite de la significación estadística. El test de retención visual de Benton ofrece resultados similares en ambos grupos: 4,6 errores por término medio en el grupo de TDAH frente a 4,1 en el grupo de TDA-no H. En el Cuestionario Neurológico

Rápido (QNST), los niños con TDAH obtienen un rendimiento más pobre que los del grupo con TDA-no H, ($p < 0.05$). Estos resultados pueden apreciarse en la Tabla III.

TABLA III
Puntuaciones medias (X) y Desviación Típica (DS) en los tests de MAI, Benton y QNST

	TDAH (n=31)	TD no H (n=26)	P
	$\bar{X} \pm D.S.$	$\bar{X} \pm D.S.$	
Test de memoria MAI			
Memoria Lógica	15.2± 7.1	17.2± 5.2	N.S.
Memoria Numérica	7.6± 2.2	9.4± 2.2	N.S.
Memoria Asociativa	25.1± 7.1	26.5± 6.8	N.S.
Total MAI	58.9±17.4	62.8±18.1	N.S.
Test de Benton			
Errores	4.6± 3.9	4.1± 3.5	N.S.
Q.N.S.T			
Puntuación Total	18.2± 7.4	14.1± 6.6	5%

P: Probabilidad.

N.S.: Diferencias Estadísticas no significativas.

El Cuestionario de Personalidad EPQ-J presenta diferencias significativas ($P < 0.05$) entre ambos grupos en las escalas de neuroticismo y conducta asocial, siendo nuevamente los niños diagnosticados con TDAH los que obtienen mayores puntajes (Figura 1).

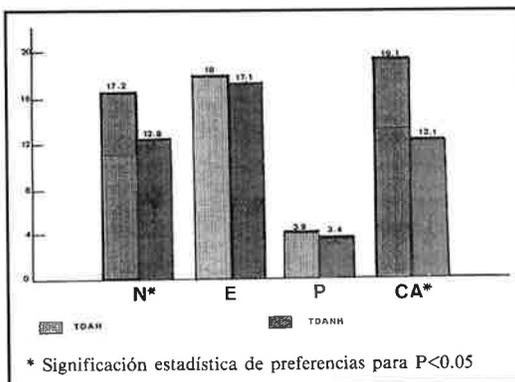


Fig. 1. Resultados en el EPQ-J

DISCUSIÓN

Los resultados del trabajo ponen de manifiesto la existencia de diferencias cualitativas

entre ambos subgrupos de niños con TDAH en relación a los que presentan trastorno por déficit de atención sin hipercinesia. La presencia de un mayor porcentaje de trastornos perinatales (especialmente distocia de parto), peores puntuaciones en QNST, memoria numérica y en el test perceptivo de Benton, sugieren la existencia de un mayor grado de disfuncionalidad en el sistema nervioso de los niños con TDA-H. La escasa diferencia en las puntuaciones en pruebas neuropsicológicas sugiere que todos los niños con TDA tienen una etiología común, en el sentido de que existe un funcionamiento defectuoso en los procesos inhibitorios del SNC, tal y como ha señalado Douglas (6). Como han señalado diversos autores (4, 6, 7), el síntoma primario de la hiperactividad serían las diferencias atencionales, mientras que la inquietud psicomotriz constituiría un síntoma secundario. Nuestros resultados sugieren que los dos grupos tienen una deficiente activación de la Formación Reticular, que podría ser algo más intensa en el grupo de niños que, junto con trastornos atencionales, presentan una excesiva inquietud psicomotora.

El Cuestionario de Eysenck refleja unos mayores niveles de neuroticismo y de conducta asocial dentro del grupo de TDAH. La existencia de mayores niveles de ansiedad y de falta de ajuste social en los niños hiperactivos puede tener un valor reactivo más que orgánico, ya que la excesiva inquietud psicomotriz presentada por estos niños es un síntoma «mal tolerado» socialmente que puede producir mecanismos descompensatorios. Por el contrario los niños que sólo presentan déficit de atención (TDA no H), pero sin una excesiva inquietud psicomotora, presentan un mayor grado de adaptación porque sus síntomas disatencionales pasan más desapercibidos dentro del colegio y de la familia.

CONCLUSIÓN

Los resultados reflejan peores niveles de eficiencia neuropsicológica y mayores dificultades

des emocionales en los caso de TDA, cuando éste se acompaña de hiperactividad. El grado de disfunción en el sistema nervioso es algo mayor entre los niños con TDAH, aunque los dos grupos formen parte de una patología común en la que hay una inadecuada activación de la Formación Reticular. A efectos prácticos se considera seguir manteniendo las dos categorías diagnósticas propuestas por el DSM-III, ya que junto a los casos de niños hiperactivos existe un colectivo de población infantil cuya sintomatología viene caracterizada por el déficit atencional sin presencia de hiperactividad.

Bibliografía

1. ROSS, D.M. y ROSS, S.A.: Hiperactivity research, Theory and Action. Wiley. Nueva York, 1976.
2. PORTELLANO PEREZ, J.A.: Fracaso Escolar. *Diagnóstico e Intervención. Una perspectiva Neuropsicológica*. Editorial CEPE. Madrid. 1990.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III). Masson. Barcelona, 1983.
4. LAHEY, B.B., SHAUGHENCY, E.A., STRAUSS, C y FRAME, C.L.: Are attention deficit disorders with and without hyperactivity similar o disimilar disorder?. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 23/3: 302-309, 1984.
5. DYKMAN, R.A., ACKERMAN, P.T. y HOLCOMB, P.J.: Physiological Manifestations of Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*. 16: 46-57, 1983.
6. DOUGLAS, V.: Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Beh. Scie.* 4: 159-182, 1972.
7. LUBAR, J.O.: Use of EEG for Diagnosis of specific learning disabilities (Attention Deficit Disorder) and EEG Biofeedback for Treatment. 15th. Annual Meeting European Association for Behavior Therapy. Munich. 1985.
8. KISTNER, J.A.: Attentional Deficits of Learning-Disabled Children: Effects of rewards and practice. *Journal of Abnormal Psychology* 13: 19-31, 1985.