

María Pilar Calvo Rivera (1), Braulio Girela Serrano (2), Óscar Herreros (3)

(1) Médico Residente de Psiquiatría, Hospital Universitario San Cecilio, Granada

(2) Médico Residente de Psiquiatría, Hospital Santa Ana, Motril, Granada

(3) Psiquiatra Facultativo Especialista de Área, USMIJ Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Trastorno por Déficit de Concentración (Sluggish Cognitive Tempo) en la infancia, ¿subtipo o enfermedad diferente al TDAH? A propósito de un caso

*Concentration Deficit Disorder (Sluggish Cognitive Tempo) in childhood, ADHD subtype or a distinct disorder?
A case report*

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 17 años en seguimiento en nuestra Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil por un cuadro de características compatibles inicialmente tanto con un trastorno atencional como de la comunicación social. Se comenta tanto el proceso de diagnóstico diferencial como su posterior tratamiento y evolución.

Posteriormente, se discuten las posibilidades diagnósticas y, sobre todo, la entidad actualmente conocida como Tempo Cognitivo Lento o Trastorno por Déficit de Concentración, realizando una breve revisión y repaso de sus características más destacadas en la literatura existente.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Concentración, Tempo Cognitivo Lento, Trastorno por Déficit de Atención, aislamiento social.

ABSTRACT

It is reported the case of a 17-year-old patient with a symptomatology compatible with both an attentional

disorder as a social relationship disorder treated in our Child & Adolescent Mental Health Outpatient Unit. It is described the differential diagnosis and the treatment and evolution of the patient.

Before this, we discuss the diagnostic options, and especially the disorder named as Concentration Deficit Disorder or Sluggish Cognitive Tempo. Its more relevant characteristics are review as they are described in the recent medical literature.

Keywords: Concentration Deficit Disorder, Sluggish Cognitive Tempo, Attention Deficit Disorder, social withdrawal.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurobiológico originado en la infancia que implica un déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad, y que en muchas ocasiones aparece asociado a otros trastornos comórbidos. Es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la edad escolar, afectando a entre el 2-12% de la edad pediátrica según diferentes estudios (1). En relación a las causas, se han

descrito factores ambientales y genéticos, presentando una heredabilidad media del 76% (1).

En la actualidad, el nuevo DSM-5 (2) contempla tres diferentes *presentaciones*:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentación combinada.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentación predominante con falta de atención.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentación predominante hiperactiva-impulsiva.

El diagnóstico específico de la presentación se establece según si se cumplen (o no) 6 o más de los 9 síntomas relatados en cada uno de las dos agrupaciones sintomáticas: “inatención” e “hiperactividad e impulsividad” (en los últimos 6 meses, aceptándose implícitamente que las presentaciones no tienen por qué ser estables en el tiempo). Para hacer el diagnóstico, a esto debe unirse además la interferencia de los síntomas con el funcionamiento del paciente en dos o más contextos.

En los últimos años ha surgido, y es objeto de una progresiva mayor cantidad de estudios, un constructo que parece constituir un segundo Trastorno de la Atención y se solapa con cierta frecuencia (aunque no siempre) con el TDAH “clásico” (3): es el llamado “*Sluggish Cognitive Tempo*”, “Tiempo Cognitivo Lento”, o “Trastorno por Déficit de Concentración”. En él se contendría un grupo de niños diagnosticados de TDAH que presentan fundamentalmente dificultades atencionales, pero que además son en muchos aspectos cualitativamente diferentes de los TDAH de presentación inatenta “clásicos”: estos primeros manifiestan un comportamiento y un curso cognitivo enlentecido (4).

El propósito de la exposición del siguiente caso clínico es describir un paciente que corresponde a las características diagnósticas del constructo “Trastorno por Déficit de Concentración”, y discutir sus similitudes y diferencias con otros trastornos con los que establecer un diagnóstico diferencial, así como algunas posibles dificultades que este “nuevo trastorno” puede determinar a lo largo del diagnóstico y curso clínico de la enfermedad.

CASO CLÍNICO

Varón de diecisiete años, hijo de padres separados hace doce años. Actualmente vive con la madre, la pareja de esta y una hermana de cinco años. Buena relación con

su padre biológico (no así la madre). Ha finalizado 1º de Bachillerato de Ciencias, con cinco asignaturas suspensas en la convocatoria de Junio. Desea estudiar Geología.

Anamnesis

Antecedentes familiares:

Abuela materna con problemas de ansiedad.

Antecedentes personales:

Desarrollo evolutivo: embarazo no deseado. con conflictos en la pareja y amenaza de aborto al principio. Nació prematuro, con ocho meses. Ingirió líquido y estuvo quince días en UCI. Alimentado con lactancia artificial. Criado fundamentalmente por los abuelos maternos debido al trabajo de la madre. Acudió a guardería desde los nueve meses, con buena adaptación. Control de esfínteres a los tres años. Lectura desde los cinco años.

Como rasgos de personalidad destacan retraimiento, timidez, y dificultad en el establecimiento de relaciones sociales.

No presenta enfermedades somáticas de interés ni intervenciones quirúrgicas.

Como antecedentes de salud mental, en el año 2009 (con 11 años) consulta por primera vez a su pediatra por probable déficit de atención (si bien ya en el último curso de Infantil se planteó, aunque sin ulterior consulta ni estudio pedagógico, una posible dificultad académica relacionada con aspectos atencionales). Tras realizar una prueba de cribado estándar (EDAH) y resultar positiva, se derivó a la Unidad de Salud Mental Comunitaria correspondiente para valoración más profunda. En esta, tras una primera entrevista de evaluación, se devuelve el caso a su Pediatra considerando que no necesita atención especializada. Posteriormente, en abril del 2011 (con 13 años), la madre vuelve a consultar al pediatra, esta vez por dificultades de su hijo en las relaciones sociales, así como un excesivo retraimiento. El pediatra lo deriva de nuevo a su Unidad de Salud Mental Comunitaria, donde es entrevistado por un psicólogo, que tras la entrevista de evaluación inicial lo deriva a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil para filiación diagnóstica y orientación e intervención del caso. En esta, primeramente recibe atención por parte de un psiquiatra, pero inmediatamente después pasa a ser atendido por un psicólogo de la Unidad.

Exploración psicopatológica inicial

En la primera consulta en la Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil el paciente se encontraba consciente, orientado en tiempo y espacio, alo y autopsíquicamente, y con actitud colaboradora. Aspecto adecuado en higiene y vestimenta. Se mostraba cabizbajo, con actitud retraída y tímida. Sólo hablaba si era preguntado directamente. Destacaba un marcado aumento del tiempo de latencia de las respuestas. Discurso coherente, parco. Eutimia. Marcados rasgos anancásticos de personalidad. No se apreciaban alteraciones en el curso-forma-contenido del pensamiento ni en la esfera sensorio-perceptiva. Sueño y apetito dentro de la normalidad.

Pruebas complementarias

Se realizaron los siguientes tests para evaluación diagnóstica, todos ellos aplicados por un Psicólogo Interno Residente de segundo año:

- Laberintos del WISC-R, el día 21 de octubre de 2011: obtuvo una puntuación de 9, es decir, un nivel de planificación normal.
- Trail Making Test, el día 21 de octubre de 2011: puntuación normal (capacidad de coordinación visomotora y rapidez perceptiva normales).
- Figura compleja-Rey (test de copia y reproducción de memoria de figuras geométricas de Rey), el día 21 de octubre de 2011: puntuación en la memoria visual de P=1 (muy por debajo de la media).
- MMPI-A (valoración de personalidad en adolescentes), el día 15 de noviembre de 2011: los resultados arrojaron un patrón de respuesta tendente a la defensividad, negación de los defectos o debilidades. Por este motivo, no se encontró ninguna puntuación clínicamente significativa e interpretable. En las escalas básicas, las puntuaciones más altas se encontraron en DCT (depresión) (T=54) y en SI (introversión social) (T=58). Respecto a las escalas de contenido, las puntuaciones más elevadas se encuentran en SOD (malestar social clínicamente significativo) (T=66).
- WISC-IV (escala de inteligencia de Weschler para niños), el día 24 de noviembre de 2011: obtuvo un CI total de 115 (en el límite superior del CI promedio). Como dato a destacar, obtuvo puntuaciones significativamente superiores en las escalas verbales con respecto a las manipulativas.

- WCST-Stroop (medida de la función ejecutiva), el día 2 de diciembre de 2011: el paciente muestra flexibilidad cognitiva, capacidad para desarrollar conceptos no verbales, y capacidad para inhibir la interferencia atencional. La función ejecutiva no mostraba alteraciones.

Evolución (2011 – 2015)

En la primera consulta el paciente se quejaba de que, a pesar de seguir el mismo método de estudio que en Educación Primaria, este no daba resultados en Secundaria. La madre seguía muy preocupada por la dificultad de su hijo en las relaciones sociales. El paciente reconocía salir al patio sólo dos veces en semana, porque prefería quedarse en clase repasando para intentar mejorar las notas escolares. En cuanto al comportamiento, no se evidenciaban inquietud, impulsividad, ni conductas de hiperactividad.

Se planteó en aquel momento la duda diagnóstica entre el TDAH y el Síndrome de Asperger, si bien los datos y la gravedad y nivel de interferencia de los síntomas se estimaron insuficientes para establecer un diagnóstico de certeza.

En sucesivas visitas destacaron los siguientes hallazgos:

- Importantes rasgos anancásticos de personalidad.
- Carácter rígido e inflexible, evidenciado sobre todo cada vez que la madre pretende ayudarle a cambiar su método de estudio y él se niega en redondo.
- Conductas repetitivas: continuamente preguntaba una y otra vez las mismas preguntas.
- Excesiva prudencia e incapacidad para tomar decisiones, manifestadas en la necesidad de pedir permiso en casa para cuestiones tan simples como encender la luz o el televisor.
- Cierta torpeza psicomotriz, y rechazo a realizar cualquier tipo de actividad física deportiva.
- Aparente anestesia afectiva, permaneciendo indiferente o poco reactivo ante cualquier evento que pasara a su alrededor.
- Desatención excesiva, en forma de frecuentes despistes.

En marzo de 2012 (con 14 años) la madre habla en la consulta con el psicólogo de una discreta mejoría en la sociabilidad de su hijo. Esto, sumado a la sobrecarga de exámenes del mismo y a una próxima mudanza de la

familia, hace que decida suspender de forma temporal las revisiones en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ).

En septiembre de 2013 (15 años) retoman el seguimiento en la USMIJ, esta vez con un psiquiatra, a quien la madre seguía haciendo referencia a la falta de iniciativa y la pasividad de su hijo, quien, por el contrario, refería no tener preocupaciones. En este tiempo había sido visto por el psicólogo escolar, que señalaba sobre todo excesiva rigidez y obsesividad. De nuevo suspenden las visitas temporalmente ante la importante ansiedad que le ocasionaba al paciente el hecho de perder clase.

En julio de 2015 (con 17 años) vuelven de nuevo a consultar con otro psicólogo en la misma USMIJ: el paciente había finalizado 1º de Bachillerato y había suspendido cinco asignaturas, por lo que la madre decidió apuntarle a una academia en verano, donde se evidencia también su marcada dificultad en el rendimiento académico. Tras la primera entrevista, el psicólogo indica nueva evaluación por parte de un psiquiatra.

Enfermedad actual (2015) y posterior curso clínico

Según el paciente, el problema está en que “soy muy despistado, continuamente tengo fallos de memoria y además soy muy repetitivo”. La madre añade además que su hijo tiene problemas de relación tanto en casa como en clase, dificultad para comunicarse y hablar, y excesiva timidez frente a los demás, así como poca iniciativa que en los últimos tiempos se han acentuado.

En cuanto al comportamiento, es excelente tanto en casa como en el colegio. Es trabajador y constante en su trabajo diario, responsable, aunque en los últimos tres años presenta dificultades para cumplir objetivos escolares. En cuanto a las relaciones, presenta escasas relaciones sociales y mantiene vínculo estrecho con la madre. La madre insiste en que se relaciona con escaso éxito.

Tras su valoración por parte del psiquiatra este estima que predomina claramente la disfunción derivada de sus dificultades atencionales, y que, en cualquier caso, sus deficiencias en socialización parecen también derivarse de estas más que de otra psicopatología. En el contexto de su progresivo peor rendimiento académico y de la relativa urgencia determinada por su situación escolar, se decide iniciar tratamiento farmacológico con lisdexanfetamina dimesilato 50 mg/día. En la siguiente visita, pasada una semana, se aprecia una discreta mejoría, sin efectos

secundarios ni quejas subjetivas del paciente, y se decide incrementar la dosis de lisdexanfetamina a 70 mg/día. En la siguiente revisión una semana después, se aprecia una evidente progresión de la mejoría: el paciente había mejorado en su rendimiento académico disminuyendo el tiempo de latencia en las respuestas. Mostraba además una actitud más empática, con mejora de la comunicación y con ello de las relaciones sociales, comenzando incluso a quedar para salir con compañeros de la academia de verano. Sin embargo, se quejaba de que a media tarde volvía a costarle concentrarse: “me quedo más lentificado, más parado”, por lo que se plantean ventajas e inconvenientes con el paciente y se acuerda incrementar la dosis a 100 mg/día para revisar nuevamente en una semana, obteniéndose una notable mejoría de la respuesta (tanto en rendimientos cognitivos/académicos como en funcionamiento social), sin efectos secundarios referidos por el paciente.

Diagnóstico

Según la sintomatología y los resultados en las pruebas complementarias realizadas (en 2011), y considerando además que la respuesta al tratamiento incluyó una importante mejoría en los síntomas relacionados con su capacidad de interacción social sin necesidad de otras intervenciones, el paciente fue diagnosticado de “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, presentación predominante con falta de atención”, sin síntoma alguno de hiperactividad e impulsividad, diagnóstico que se correspondería con el del conocido como “Trastorno por Déficit de Concentración”, “Sluggish Cognitive Tempo” o “Tempo Cognitivo Lento”.

DISCUSIÓN

Desde hace tiempo, la investigación en TDAH señala un grupo de pacientes diferenciado en algunos aspectos respecto del TDAH “habitual”: con notables problemas de atención, pero en los que no se observan en absoluto las conductas impulsivas y de hiperactividad que tan frecuentemente se asocian a este trastorno, hasta el punto de constituirse en sus signos distintivos (conviene recordar que el diagnóstico “predominantemente inatento” no implica la ausencia de estos síntomas, sino tan sólo que no alcanzan un determinado umbral “diagnóstico”). Estamos refiriéndonos a una parte dentro del subtipo inatento del TDAH, que algunos autores

denominan “Trastorno por déficit de concentración” o “Sluggish cognitive tempo”, y que en algunos casos lo entienden como un trastorno diferente del TDAH. Muchos investigadores consideran que este subtipo dentro del tipo inatento del TDAH constituye en realidad una entidad clínica propia, y no un subtipo de TDAH como se conoce hasta la fecha (4).

El TDAH ha estado presente desde hace siglos en la literatura científica. Y es Crichton (5), en 1798, quien en primer lugar habla más específicamente de un déficit de atención en el cual el individuo entra en un estado similar al letargo, y que difiere del déficit de atención habitual, en el cual el individuo presenta mayor nivel de actividad, y que hoy conocemos como TDAH. En este trastorno descrito por Crichton, la atención debilitada haría al individuo retirarse y ser menos social, y menos sensible a los cambios externos, teniendo escasos acercamientos hacia sus pares.

Otra etapa importante en el estudio del “Trastorno por déficit de concentración” fue la década de los 80, cuando se propuso crear una distinción entre TDAH con hiperactividad y TDAH sin hiperactividad, y que aparecería en la clasificación del DMS-III, en el cual se hizo una distinción del TDAH basada únicamente en la hiperactividad. Posteriormente se vería que la impulsividad iba más asociada a la hiperactividad que a la inatención, y así es como aparece corregido en el DSM-IV y el actual DMS-5.

A día de hoy, no existe una categoría diagnóstica que defina a los niños que desde hace años los investigadores han definido como “Trastorno por Déficit de Concentración”. A pesar de no existir criterios clínicos oficiales que definan este trastorno, los investigadores que han intentado acercarse a él han identificado los síntomas más importantes y que aparecen en la mayor parte de los también llamados “inatentos puros” (6,7,8). Estos síntomas son: 1) tendencia a soñar despiertos; 2) problemas para estar alerta; 3) fácilmente confundidos; 4) mirada fija; 5) dispersos, con la mente en otro lugar; 6) tendencia al letargo; 7) inactividad; 8) movimientos lentos y/o torpes; 9) no procesan preguntas o explicaciones adecuadamente; 10) apariencia adormilada; 11) apáticos; 12) perdidos en sus pensamientos; 13) lentos para completar tareas; y, 14) poca iniciativa.

En cuanto a las alteraciones neurocognitivas del “Trastorno por déficit de concentración”, unos pocos estudios han definido para este trastorno frecuentes

problemas con el procesamiento rápido de la información y con la atención selectiva, lo que no ocurre en el TDAH (9). También se ha visto que existe variabilidad en la memoria espacial en el caso de los “inatentos”, no así en el TDAH. No obstante, debe recordarse que ninguno de estos dos tipos clínico tiene un correlato neuropsicológico definido, patognomónico ni diferencial.

Respecto a la comorbilidad, el tipo inatento del TDAH se relaciona frecuentemente con ansiedad, baja autoestima, depresión, dificultad en las relaciones sociales y síntomas de introversión (10). Por su parte, el TDAH con hiperactividad se relaciona más con trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, abuso de drogas, o personalidad antisocial en el adulto.

Así, este “Tempo Cognitivo Lento” parece representar un tipo de trastorno cualitativamente diferente del TDAH habitual, que suele además llegar a las consultas algo más tarde, por cuanto no manifiesta dificultades comportamentales importantes, sus dificultades académicas comienzan a destacar en un momento más tardío de la infancia, y sus relaciones sociales están más marcadas por el aislamiento que por el conflicto. Actualmente no tiene un perfil neuropsicológico diferenciado bien definido, ya que diversos estudios muestran resultados dispares o incluso contradictorios entre sí (en déficits ejecutivos, atención sostenida, velocidad de procesamiento, atención selectiva...). Sí parece, en cualquier caso, que, sean cuales sean estos déficits, su reflejo en el funcionamiento académico del paciente se produce más tarde que en el TDAH, lo que, sumado a la ausencia de síntomas comportamentales, retrasa notablemente su primer contacto médico y su diagnóstico. Esto último, sumado a sus dificultades en la interacción social, puede hacer pensar en primera instancia más en un diagnóstico que prime este aspecto (tal sería el Síndrome de Asperger, por ejemplo).

En el caso clínico expuesto, nos encontramos ante un joven con problemas de atención que se manifiestan con mal rendimiento académico ya en la enseñanza secundaria, pero en el que no aparecen síntomas de hiperactividad ni impulsividad. Sus dificultades en las relaciones sociales parecen estar relacionadas con esa especie de letargo propuesto por Crichton, que le haría ir “ralentizado” a la hora de conectar con los demás. En este caso, muchos de los síntomas propuestos para el “Trastorno por Déficit de Concentración” están presentes, como la dispersión, la inactividad, la torpeza

motora, la lentitud a la hora de completar tareas, o la escasa iniciativa. En cuanto a la comorbilidad, en el caso expuesto tanto la depresión como la marcada introversión obtienen puntuaciones altas en la escala MMPI-A, lo que también suele asociarse con este trastorno.

Quizás, como único dato atípico respecto a la literatura existente, cabe destacar la buena respuesta al tratamiento psicoestimulante, a dosis consideradas como altas. En cualquier caso, el desarrollo del paciente, la forma de presentación del trastorno, y sus comorbilidades, redundan en la principal cuestión actual respecto al “Tempo Cognitivo Lento”: ¿nos encontramos ante un subtipo de TDAH o ante una entidad clínica independiente?

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos-Quiroga JA, Rodríguez Pascual M, Sánchez-Mora C, Ribasès Haro M. Implicaciones y aplicación de la genética en la psicofarmacología del TDAH. En: Soutullo Esperón C. Guía Esencial de Psicofarmacología del Niño y el Adolescente. Madrid: Panamericana; 2011. p.38-44.
2. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
3. Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis & treatment, 4th edition. Guilford Press: New York; 2015.
4. Barkley RA. Sluggish cognitive tempo (concentration deficit disorder?): current status, future directions and a plea to change the name. J Abnorm Child Psychol 2014; 42: 117-125.
5. Crichton A. An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects. London: T. Cadell Hr. & W. Davies; 1798. Citado por: Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis & treatment, 4th edition. Guilford Press: New York; 2015.
6. Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: executive functioning, impairment and comorbidity. J Clin Child Adolesc Psychol 2013; 42: 161-173.
7. Garner A, Marceaux JC, Mrug S, Patterson C, Hodgins B. Dimensions and correlates of attention deficit/ hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo. J Abnorm Child Psychol 2010; 38: 1097-1107.
8. Penny AM, Waschbusch DA, Klein RM, Corkum P, Eskes G. Developing a measure of sluggish cognitive tempo for children: Content validity, factor structure, and reliability. Psychol Assessment 2009; 21: 380-389.
9. Huang-Pollock CL, Nigg JT, Carr TH. Deficient attention is hard to find: Applying the perceptual load model of selective attention to attention deficit hyperactivity disorder subtypes. J Child Psychol Psychiatr 2005; 46: 1211-1218.
10. Lee SY, Burns GL, Sneell J, Macburnett K. Validity of the sluggish cognitive tempo symptom dimension in children: Sluggish cognitive tempo and ADHD-inattention and distinct symptom dimensions. J Abnorm Child Psychol 2014; 42: 7-19.