

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA



Asociación Española
de Psicología Conductual

Compiladores:
Raúl Quevedo-Blasco
Víctor J. Quevedo-Blasco

San Sebastián, 2011

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Libro de capítulos del IX Congreso Nacional de
Psicología Clínica



Compiladores:
Raúl Quevedo-Blasco
Víctor J. Quevedo-Blasco

San Sebastián 7, 8 y 9 de julio de 2011

IX CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
© Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)
IX CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
San Sebastián 7, 8 y 9 de julio de 2011
Edita:
Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)
Avda. Madrid, S/N, Edif. Eurobequer Bajo, 18012 Granada.
Tel: +34 958 273460.
Fax: +34 958 296053.
eMail: info@aepec.es.
Web: <http://www.aepec.es>.
Printed in Spain
ISBN: 978-84-694-3972-2



ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS SUBTIPOS DESATENCIÓN Y COMBINADO DEL TDAH. CI Y MEMORIA DE TRABAJO

Sara San Nicolás-Cristóbal^{1*}, Ioseba Iraurgi-Castillo*, Miriam Azpiri-Lejardi*, Ana Berta Jara-Segura y Miren Maite Urizar-Urbe****

**DeustoSalud, I+D+i en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad de Deusto, Bilbao; **CSM Infanto-juvenil de Galdakao-Tximelarra, Bizkaia*

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno complejo, de inicio en la infancia y la adolescencia y caracterizado por presentar un nivel deficitario de atención y una hiperactividad e impulsividad desadaptativa y desajustada respecto al momento vital del niño. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR; APA, 2002) pueden diferenciarse tres subtipos de TDAH en función de la proporción en la que estos síntomas aparezcan. Así, el subtipo desatento (TDAH-D) se diagnostica en aquellos casos en los que el niño presenta seis o más síntomas de desatención pero menos de seis en hiperactividad, mientras que el subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI) hace referencia a patrones que presentan seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad y menos de seis para desatención. Por su parte, el subtipo combinado (TDAH-C) requiere la presencia de seis o más síntomas de desatención y seis o más síntomas de hiperactividad. La existencia de estas tres tipologías se encuentra actualmente en discusión, planteándose la posibilidad de que se trate de entidades diagnósticas diferenciadas, especialmente en lo referente a los subtipos combinado y desatento (Baeyens, Roeyers y Walle, 2006; Barkley, 2001; Bauermeister *et al.*, 2005; Milich, Balentine y Lynam, 2001).

Asimismo, existen otros sistemas de clasificación de uso generalizado que presentan diferencias respecto a esta categorización. Por una parte, tanto el DSM-IV como la CIE-10 engloban la desatención y la hiperactividad bajo el epígrafe de trastornos del comportamiento, mientras que la clasificación francesa (CFTMEA-R) considera que los trastornos de la atención con y sin hiperactividad pertenecen a categorías diferentes de comportamiento (trastornos de la conducta y trastornos cognitivos, respectivamente).

A pesar de que no existe una evidencia científica firme a favor de la consideración de los subtipos como entidades diagnósticas diferenciadas, sí existen indicios clínicos que convierten esta distinción en un hecho plausible y digno de estudio (Bauermeister *et al.*, 2005; Faraone, Biederman, Weber y Russell, 1998; Schmitz *et al.*, 2002). Además, parece ser que las diferencias en la sintomatología podrían explicarse a través de mecanismos atencionales diferentes, siendo el Tempo Cognitivo Lento (TCL) la razón más frecuentemente aludida en el caso del TDAH-D, que presentaría un patrón más deficitario en lo referente a la atención selectiva. Por su parte, el TDAH-C presentaría más dificultades en la resistencia a la distracción y mantenimiento de la atención, ambos provocados por la impulsividad que caracteriza a estos niños (Baeyens *et al.*, 2006; Barkley, 2001, 2003; Carlson y Mann, 2002).

El objetivo de este estudio es analizar la memoria de trabajo (MT) en dos grupos de menores con TDAH, desatento y combinado. Se hipotetiza que los niños con TDAH-

¹ Sara San Nicolás-Cristóbal. E-mail: s.sannicolas@deusto.es

C presentarán más dificultades en MT que aquellos con TDAH-D debido a las dificultades que encontrarán en el mantenimiento de la atención.

Método

A partir de un diseño cross-over se contó con una muestra de 15 niños y niñas diagnosticados de TDAH en sus variantes desatenta (N=8) y combinada (N=7), procedentes de diversas comarcas del interior de Bizkaia y que habían consultado de manera previa en el CSM infanto-juvenil de Galdakao-Tximelarre por síntomas de desatención e impulsividad.

Para realizar el diagnóstico, un clínico experimentado llevaba a cabo una serie de entrevistas con el objetivo de recabar la información pertinente. Paralelamente, un grupo de evaluadores entrenados realizaban la valoración neuropsicológica, conformada por las siguientes pruebas:

- *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños* (WISC-IV; Wechsler, 2003). Entre otras, permite obtener cinco puntuaciones principales: una medida de la capacidad intelectual general (CIT) y cuatro índices principales: Comprensión Verbal (CV), Razonamiento Perceptivo (RP), Memoria de Trabajo (MT) y Velocidad de Procesamiento (VP). Además, incluye un índice de distractibilidad (factor K) que resulta de gran utilidad en la valoración de un posible TDAH. En este estudio nos centraremos en la escala de MT y el factor K.
- *Figura Compleja de Rey-Osterrieth* (ROCF; Rey, 1994). Ofrece una medida de la función ejecutiva no mediatizada por el componente verbal.

Resultados

Los subgrupos presentaron homogeneidad en cuanto a datos sociodemográficos y CI, encontrándose este último dentro de los valores normativos. En la Tabla 1 se presentan los resultados obtenidos de los indicadores de MT. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en CI total, ni en los indicadores obtenidos de la figura de Rey. La memoria de trabajo valorada a través del WISC, de forma estadísticamente significativa, y el factor K, de forma tendencial, describen un peor rendimiento en el grupo combinado respecto al desatento.

Tabla 1. Indicadores de Memoria de Trabajo. Diferencias entre subgrupos de TDAH desatento y combinado.

TDAH tipo		Desatento (n=8)		Combinado (n=7)		F*	p
		Media	D.E.	Media	D.E.		
WISC-IV	C.I. Total	108,00	12,93	101,29	10,38	1,24	0,285
	Memoria de Trabajo	104,75	19,91	87,86	4,02	5,50	0,048
	Factor K	9,95	2,55	7,80	1,23	4,47	0,060
Figura Compleja de Rey	Copia	86,25	25,68	71,14	37,80	0,79	0,392
	Memoria	70,75	35,57	46,28	33,48	1,88	0,194

* Prueba de Brown-Forsythe

Discusión

El objetivo del presente estudio ha sido analizar la MT en una muestra de niños y niñas con TDAH en las variantes combinada y desatenta. Tal como se esperaba, se han encontrado diferencias significativas, siendo el subgrupo de TDAH-C el que mayor afectación presenta. Nuestros resultados muestran correspondencias con los publicados por otros equipos (Semrud-Clikeman, Walkowiak, Wilkinson y Butcher, 2010).

Además, el hecho de que no existan diferencias importantes a nivel de CI concuerda con los resultados hallados de forma previa por Carlson y Mann (2000).

Por otra parte, estos datos resultan de gran relevancia a nivel clínico y asistencial, pues, a nivel de rendimiento, ambos subtipos presentan diferencias importantes, lo que apoyaría, en gran medida, la existencia de diferentes mecanismos implicados en cada una de las variantes de TDAH y, por tanto, las posibles vías de intervención implicarían estrategias diferenciadas.

Resulta necesario abrir vías de investigación relativas a estas diferencias que ofrezcan evidencias sobre cuáles son los mecanismos implicados en cada subtipo y permitan seleccionar la propuesta de modificación más adecuada para la correcta clasificación diagnóstica.

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. Barcelona: Masson
- Baeyens, D., Roeyers, H. y Walle, J. V (2006). Subtypes of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Distinct or related disorders across measurement levels? *Child Psychiatry and Human Development*, 36, 403-417.
- Barkley, R.A. (2001). The inattentive type of ADHD as a distinct disorder: what remains to be done. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 489-493.
- Barkley, R.A. (2003). Issues in the diagnosis of attention-deficit/ hyperactivity disorder in children. *Brain and Development*, 25, 77-83
- Bauermeister, J.J., Matos, M., Reina, G., Salas, C.C., Martínez, J.V., Cumba, E. y Barkley, R.A. (2005) Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 166-179.
- Carlson, C.L. y Mann, M. (2002). Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the Attention deficit Hyperactivity Disorder, predominantly inattentive type. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 123-129.
- Carlson, C.L. y Mann, M. (2000). Attention deficit/hyperactivity disorder, predominately inattentive subtype. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 499-510.
- Faraone, S., Biederman, J., Weber, W., Russell, R. (1998). Psychiatric, neuropsychological and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorders: results from a clinically referred sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 185-193.
- Milich, R., Balentine, A.C., y Lynam, D. R. (2001). ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 463-488
- Rey, A. (1994). *Test de copia de una figura compleja*. Madrid: Tea Ediciones.
- Schmitz M., Cadore, L. Packzo, M., Kipper, L., Chaves, M., Rohde, L., Moura, C. y Knijnik, M. (2002). Neuropsychological performance in DSM-IV ADHD subtypes: an explanatory study with untreated Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 863-869.
- Semrud-Clikeman, M., Walkowiak, J., Wilkinson, A. y Butcher, B. (2010). Executive functioning in children with Asperger syndrome, ADHD-Combined type, ADHD-Predominately Inattentive type, and controls. *Journal of Autism and Development Disorders*, 40, 1017-1027.
- Wechsler, D. (2007). *WISC-IV Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-IV. Manual técnico y de interpretación* (2ª. ed.). Madrid: TEA Ediciones.