

Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V

R.A. Barkley ^{a,b}

AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO Y LA SUBCLASIFICACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD: QUÉ PUEDE PASAR EN EL FUTURO RESPECTO AL DSM-V

Resumen. Introducción y objetivos. Se han identificado una serie de problemas mediante la investigación y la práctica clínica con los criterios actuales del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV), para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). Este artículo analiza algunas de estas cuestiones, junto con posibles soluciones a tener en cuenta en la construcción de los criterios para el DSM-V. Desarrollo. Se tratan cuestiones relacionadas con la longitud de las listas de síntomas y cómo conceptualizar mejor los constructos neurofisiológicos que representan, los diversos umbrales del desarrollo para el diagnóstico de los adultos frente a los niños y los adolescentes, los criterios de la edad de inicio, los problemas relacionados con el enfoque actual que se da a la subclasificación y el desarrollo de nuevos aspectos para la fase adulta del trastorno, así como otras cuestiones relacionadas con el esfuerzo continuado para analizar y revisar los criterios del DSM para el TDAH como una función de la investigación empírica en curso. Conclusión. El presente artículo plantea brevemente una serie de cuestiones que requieren atención por parte de varios grupos de trabajo encargados de crear los criterios de diagnóstico del DSM-V para el TDAH. [REV NEUROL 2009; 48 (Supl 2): S101-6] **Palabras clave.** Adultos. Diagnóstico. DSM-IV. Edad de inicio. Niños. Síntomas del TDAH. Subclasificación. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

INTRODUCCIÓN

Los criterios de diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) establecidos en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición* (DSM-IV) [1], se utilizan desde hace más de 14 años. Durante este tiempo, se han publicado más de 3.000 estudios que recurren a estos criterios, y se han evaluado miles de pacientes. Conviene hacer un balance de los resultados del uso de estos criterios, que pueden ser mecanismos de proacción para informar de las revisiones necesarias de estos criterios en el DSM-V. El proceso de prueba-revisión-prueba ha sido, de nuevo, un rasgo encomiable de las dos últimas ediciones del DSM. Es un rasgo esencial para acumular conocimientos cada vez más precisos y útiles, usando los métodos científicos en particular y el pensamiento racional en general. Este artículo regresa a muchos de los puntos que otros colegas y yo hicimos anteriormente [2-4] en relación con las cuestiones críticas que se deben tener en cuenta a la hora de hacer revisiones para la eventual publicación del DSM-V, que se espera que se produzca hacia el año 2012. Mi objetivo aquí no es tratar de resolver estas cuestiones, sino darlas a conocer a los lectores y presentar mis propuestas para corregirlas.

SÍNTOMAS Y UMBRALES DEL DSM-IV

El DSM-IV describe el TDAH como un trastorno del desarrollo que consiste en dos dimensiones de síntomas: déficit de atención y un comportamiento hiperactivo-impulsivo. Luego pasa a exigir

seis síntomas de cualquiera de las listas de nueve síntomas para diagnosticar el trastorno y para subclasificarlo en tres tipos: combinado (C), déficit de atención (DA) o hiperactividad-impulsividad (HI). Esto implica que estas dimensiones son independientes entre sí, que un umbral crítico de síntomas en cualquier dimensión es suficiente para el diagnóstico a todas las edades, que es necesario tener en cuenta 18 síntomas a la hora de detectar el trastorno con precisión, que tales dimensiones se pueden utilizar para formar subtipos significativos (clínica y científicamente útiles) del trastorno, y que éstos son los mejores síntomas para detectar con precisión el trastorno en cada etapa importante del desarrollo (infancia, adolescencia y edad adulta). Actualmente, hay investigaciones que cuestionan estos supuestos.

¿Es necesario especificar un umbral separado en cada lista o sería igual de útil y más eficaz especificar simplemente un único umbral para el total de síntomas de ambas listas?

Las dos dimensiones de síntomas están muy interrelacionadas entre sí [5], lo que pone claramente de manifiesto que unos síntomas más graves en una dimensión estarán asociados a unos síntomas más graves en la otra. Esto llevó al DSM-III-R a adoptar una única lista de síntomas para sus criterios de diagnóstico. La investigación en genética conductual con grandes muestras de población también ha demostrado que estas listas representan una única dimensión en las poblaciones y que los subtipos basados en dichas listas sólo reflejan una gravedad variable del mismo rasgo subyacente en la población [6]. Otros trastornos son multidimensionales (depresión, espectro autista, bipolar); sin embargo, no han requerido umbrales separados para los síntomas de cada dimensión implicada en el trastorno, especialmente cuando dichas dimensiones se relacionan entre sí. Asimismo, este uso de listas separadas implica que son fundamentales para identificar los distintos subtipos del trastorno; sin embargo, la investigación no demuestra que estos subtipos se puedan distinguir entre sí de manera fiable en los distintos campos

Aceptado: 09.01.09.

^a Profesor de psiquiatría. Universidad Médica de Carolina del Sur. Charleston, SC. ^b Profesor investigador de psiquiatría. Universidad Médica The Suny Upstate. Syracuse, Nueva York, Estados Unidos.

Correspondencia: Russell A. Barkley, Ph.D. 1752 Greenspoint Ct. Mt. Pleasant, SC 29466 USA. E-mail: russellbarkley@earthlink.net.

© 2009, REVISTA DE NEUROLOGÍA

de signos fundamentales para ello (trastornos, concomitancias, etiologías, respuestas diferenciales al tratamiento, antecedentes familiares, etc.) [2,6]. Así, crear subtipos separados a partir de estas listas no es útil en este momento y puede ser clínicamente engañoso. Si un único umbral en una lista total de síntomas funciona igual de bien a la hora de identificar casos de trastornos que dos umbrales separados en listas separadas de síntomas, entonces, sin duda, es preferible el enfoque más sencillo.

¿Por qué son necesarios 18 síntomas para realizar un diagnóstico fiable?

La investigación demuestra que hay una redundancia considerable entre la lista de síntomas del DA y entre la lista de síntomas de la HI como para cuestionar la necesidad de nueve de cada. De hecho, hay redundancia incluso a lo largo de las listas de síntomas dados los estudios analíticos factoriales que muestran cargas respetables de algunos síntomas, como la distractibilidad, en ambas dimensiones [3,5,7]. Desde luego, no todos los síntomas proporcionan varianza única a la precisión de la identificación o clasificación del diagnóstico. Por ejemplo, nuestros últimos estudios de TDAH en adultos (tanto los adultos remitidos a consulta como los niños que crecen y llegan a adultos con TDAH) hallaron que sólo fueron necesarios nueve síntomas para maximizar la discriminación del TDAH en adultos de los grupos con otros trastornos o una muestra general de la comunidad [3]. Estos síntomas se presentan en la tabla.

Ningún otro trastorno tiene una lista de síntomas tan larga, y es muy poco probable que sea fundamental para el diagnóstico de este trastorno. Los análisis de funciones discriminantes se pueden hacer de forma similar a los que se utilizaron o análisis que utilizan las características operativas del receptor en registros de datos existentes que pondrían de manifiesto qué elementos son esenciales para figurar en la lista, dado que proporcionan varianza única significativa a la identificación del trastorno. El resto se podría desechar. En nuestro trabajo con adultos, hallamos también que fueron necesarios cuatro o cinco de los nueve síntomas del DA para discriminar a aquéllos que tenían el trastorno de un grupo de control clínico, y que sólo se necesita uno (a menudo, la distractibilidad) para hacer la discriminación de un grupo de control normal. Nuestros resultados (Tabla) pusieron de manifiesto que los síntomas de la HI no proporcionaron más varianza única significativa a la precisión de la clasificación en la etapa adulta del trastorno más allá de estos síntomas de DA cuando se tienen en cuenta los 18 síntomas en su totalidad en ese estudio.

La respuesta a esta pregunta puede variar de acuerdo con las distintas fases del desarrollo (infancia, adolescencia y edad adulta), y es necesario conservar una lista algo más larga de lo que sería necesario para diagnosticar a cualquier grupo de edad. Por ejemplo, algunos síntomas hiperactivos que pueden ser valiosos para detectar la fase temprana en la infancia ya no son necesarios en la edad adulta. Aun así, es probable que se pueda identificar una lista más corta de estos síntomas sin ninguna pérdida de la detección del trastorno.

¿Se debe utilizar un umbral diferente en la(s) lista(s) de síntomas para las diferentes etapas del desarrollo?

Los estudios anteriores han encontrado que los síntomas de la HI se presentan antes que los síntomas del DA [8,9]; sin embargo, los síntomas de la HI disminuyen más rápidamente a lo largo del desarrollo. Esto sugiere que un único resultado límite invariante

no se puede aplicar a lo largo de todas las edades y, aun así, discriminar a aquéllos que son inadecuados al momento de desarrollo para el mismo nivel. Otros estudios han encontrado que los síntomas del TDAH disminuyen en frecuencia en la población general; por ello, es necesario que los creadores de escalas de clasificación evalúen estas dimensiones para proporcionar normas relacionadas con la edad para puntuar los propósitos. Sin embargo, no se aplican estos ajustes relacionados con la edad al umbral del DSM de seis de nueve síntomas por dimensión. El umbral de DSM-IV se desarrolló en niños y se probó sólo con niños; por lo tanto, no se puede aplicar también a los adolescentes o a los adultos. Cuando un umbral establecido se aplica a un valor inicial de síntomas del desarrollo en descenso en la población, se convierte en un criterio estadístico cada vez más riguroso en relación con la población de individuos de la misma edad. Éste ha sido el caso en varios estudios de muestras de adultos, en los que se puso de manifiesto que cuatro síntomas de cada lista o un total de siete síntomas funcionaban bien a la hora de identificar a aquéllos que son inadecuados al momento de desarrollo (en el percentil 93 a 98 para los adultos) y tienen alguna alteración [3,10,11]. Estos mismos estudios encontraron que seis síntomas en cualquier lista representaban un percentil tan extremo para los adultos que sólo unos pocos cumplirían dichos criterios (percentil 99). Usar un umbral fijo puede tener como resultado definir el TDAH como desaparecido a lo largo del desarrollo [12]; sin embargo, esto es claramente una ilusión estadística que surge como una función de esfuerzo por utilizar los criterios de la infancia a lo largo del desarrollo. Si se ha de conservar la lista actual de síntomas, habrá que desarrollar umbrales más bajos para los adolescentes y los adultos que para el caso de los niños, si es que el mismo nivel de gravedad (inadecuación al momento de desarrollo) va a permanecer a lo largo de estos períodos de desarrollo. Podrían ser necesarios umbrales más altos para los niños menores de 4 años que no estuvieran representados en absoluto en los ensayos de campo del DSM-IV y donde cabría esperar que se produjeran niveles más elevados de estos síntomas en la población general que en el caso de niños con edades correspondientes a la enseñanza primaria.

¿Hay síntomas mejores para detectar la fase adulta del TDAH que los síntomas del DSM-IV desarrollado en y para los niños?

Los trastornos del desarrollo no suelen ser invariantes en los síntomas que les representan en las diferentes edades, y muestran una continuidad heterotípica en la que los constructos o rasgos subyacentes son básicamente los mismos, pero las características superficiales (síntomas) cambian con la edad. Lo que, por ejemplo, para un niño de 6 años de edad representa ser impulsivo (hablar en exceso), puede que no refleje el mismo constructo también a la edad de 30 años (tomar decisiones impulsivas o conducir un vehículo de motor demasiado deprisa). Mis colegas y yo examinamos este asunto en un estudio que analizó 91 elementos nuevos para el TDAH en adultos, además de los 18 del DSM-IV [3]. El nuevo elemento establecido se creó a partir de las revisiones de los historiales de las quejas más comunes entre los adultos a los que se les diagnosticó TDAH en la presentación clínica inicial, así como los síntomas generados a partir de teorías y conceptos de funcionamiento ejecutivo, déficit que se cree que están relacionados con el TDAH. Como se indica anteriormente, encontramos que una lista de nueve síntomas era todo lo que se necesitaba para clasificar con precisión a los adultos con TDAH en comparación con los grupos de con-

Tabla. Lista de criterios propuestos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad en los adultos. Recomendaciones para el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición*.

- A. Presenta seis (o más) de los siguientes síntomas que han persistido durante al menos seis meses a un nivel que es inadecuado y que no concuerda con el nivel de desarrollo:
1. A menudo se distrae con facilidad por los estímulos externos
 2. A menudo toma decisiones de forma impulsiva
 3. A menudo tiene dificultad para dejar de lado actividades o conductas cuando debería hacerlo
 4. A menudo empieza un proyecto o tarea sin leer ni escuchar las indicaciones atentamente
 5. A menudo ignora las promesas o compromisos adquiridos con los demás
 6. A menudo tiene problemas para hacer cosas en su orden o secuencia correctos
 7. A menudo conduce un vehículo de motor mucho más deprisa que los demás (exceso de velocidad) (si la persona no tiene carné de conducir, sustituirlo por: 'A menudo tiene dificultad para dedicarse a actividades de ocio o para hacer cosas divertidas de forma tranquila')
 8. A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de ocio
 9. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades
- B. Algunos síntomas que causaron la alteración estaban presentes antes de los 16 años de edad
- C. Alguna alteración de los síntomas está presente en dos o más configuraciones (por ejemplo, trabajo, actividades educativas, vida doméstica, funcionamiento social, actividades de la comunidad, etc.)
- D. Debe haber signos claros de alteración clínicamente significativa en el funcionamiento social, académico, doméstico (cohabitación, economía, educación de los hijos, etc.), comunitario o profesional
- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, y no pueden explicarse mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad)

Para los individuos que actualmente presentan síntomas que ya no cumplen totalmente los criterios, se debería especificar 'en remisión parcial'. © Russell A. Barkley, Ph.D, de [3]. Reimpreso con autorización.

trol clínico y de la comunidad con una eficacia máxima, y que sólo tres de estos síntomas (todos ellos correspondientes al DA) procedían del DSM-IV (Tabla). De hecho, dos de estos tres síntomas se podrían eliminar, ya que sólo proporcionaban un 1% de la precisión de la clasificación adicional, y sólo entonces del grupo de control de la comunidad. Un umbral de seis de esos nueve o cuatro de los siete era el mejor para la clasificación de grupos también. Los nuevos síntomas no formaban dimensiones aparte de las del DSM-IV, pero se cargaban exactamente en las mismas dos dimensiones del DSM-IV. Esto nos sugirió que estos síntomas reflejaban extensiones ascendentes de las dimensiones de síntomas existentes de la infancia en la edad adulta, y no reflejaban totalmente constructos nuevos. Ni un solo síntoma de hiperactividad demostró ser útil en esta discriminación, lo que implica que mientras la hiperactividad puede tener algún valor a la hora de distinguir el TDAH en los niños, no tiene ninguno en los adultos. Estos resultados han sido reproducidos hace poco por Faraone et al [comunicación personal, noviembre de 2008]. Todo esto sugiere que podría existir un conjunto mejor de síntomas para identificar a los adultos con TDAH que el que se utiliza para los niños.

¿Está la lista de síntomas de HI demasiado cargada con síntomas de hiperactividad en comparación con los de desinhibición o impulsividad que reflejan el núcleo teórico del trastorno?

Los teóricos en el campo del TDAH han destacado repetidamente el papel central de los problemas con la inhibición, el control de los impulsos, la aversión al retraso o los conceptos relacionados con la comprensión de la naturaleza del TDAH [13-20]. Ahora se sabe que los síntomas de hiperactividad, que una vez se pensó que representaban una dimensión clara de la conducta [21], cargan la misma dimensión con problemas que reflejan una pobre inhibición motora o conductual. Por lo tanto, es bastante peculiar que la lista de síntomas de la HI no refleje esta conceptualización del trastorno, entregando, por el contrario, el 65% de su lista a los síntomas de hiperactividad, y sólo tres síntomas a la inhibición pobre y, en buena medida, la inhibición verbal. Curiosamente, el término impulsivo o pobremente inhibido ya ni siquiera aparece en este conjunto de elementos; sin embargo, es una constructo central, si no la característica central del trastorno. Esto puede explicar por qué, en nuestro estudio sobre nuevos síntomas para los adultos (véase más arriba), encontramos que el síntoma de 'a menudo toma decisiones de forma impulsiva' estaba entre los mejores síntomas para identificar a los adultos con TDAH, así como algunas variaciones suyas ('actúa sin pensar', 'no puede posponer la gratificación', etc.). Como se ha observado anteriormente, la cuestión de distraerse fácilmente también era un síntoma clave para identificar a las personas con TDAH en la edad adulta, y carga casi tanto en la dimensión de la inhibición como en la dimensión del déficit de atención, lo que refleja lo que los estudios de neuropsicología de funcionamiento ejecutivo han puesto de manifiesto, que hay una fuerte relación entre la inhibición y la memoria de trabajo (que guía la atención hacia el futuro y los objetivos que uno tiene).

De una importancia algo menor, pero aún sustancial, serán las aclaraciones de los textos que especifican más claramente lo que se quiere decir con los términos 'inadecuado al momento de desarrollo' y 'a menudo' aplicados a cada síntoma del DSM. El primer término significa claramente relación inadecuada al grupo de edad al que se corresponde, lo que, sin embargo, es otra razón de por qué los diferentes umbrales de los síntomas pueden ser necesarios para las diferentes etapas del desarrollo. El término 'a menudo', ¿debería significar o significa un cierto nivel absoluto de frecuencia del síntoma (por ejemplo, 5 a 10 veces al día) o se refiere también a los pares de la misma edad? Debería ser lo segundo, ya que es probablemente así como los médicos y los padres utilizan el término durante las evaluaciones clínicas (excesivo en relación con otros niños de la misma edad y en el mismo contexto), y es así ciertamente como las escalas de clasificación de estos mismos síntomas se puntúan, y se interpretan como que reflejan la desviación del desarrollo. Esto se puede aclarar mejor en el texto que acompaña a los criterios.

Otras aclaraciones de los textos podrían parecer indicadas para explicar lo que los investigadores han descubierto durante la última década sobre la naturaleza de las listas de síntomas del DA y la HI. Ahora se sabe, por ejemplo, que la lista del DA refleja

mucho más que sólo el concepto de déficit de atención. Esa lista está muy interrelacionada con otros aspectos, escalas y pruebas neurofisiológicas que reflejan el funcionamiento ejecutivo y, especialmente, la memoria de trabajo [22,23]. Es más probable que la lista de HI se relacione con medidas de una inhibición pobre de la respuesta, aunque algunos síntomas de la DA muestran también esta relación. Los creadores del *Behavior Rating Inventory of Executive Functioning* (BRIEF, inventario de clasificación de la conducta del funcionamiento ejecutivo) [24] también encontraron que los dos factores principales de su escala (metacognitivo e inhibición conductual) se interrelacionaban con las dos dimensiones de los síntomas del TDAH del DSM-IV para ser, probablemente, colineales o representar los mismos constructos. El factor metacognitivo del BRIEF representa, en gran medida, la memoria de trabajo. Por ello, el texto del DSM-V debería, al menos, explicar que las dimensiones del TDAH representan un dominio más amplio de los problemas del funcionamiento cognitivo (ejecutivo) de lo que el simple término déficit de atención implica, y que la dimensión HI refleja probablemente los problemas con la inhibición conductual de la cual la hiperactividad es una manifestación temprana en la infancia. Esto podría incluso justificar un cambio o una ampliación de las etiquetas para estas dos dimensiones en la propia casilla de los criterios del DSM-IV (p. ej., ¿déficit de atención-disejecución y desinhibición conductual?).

EDAD DE INICIO

Hace más de 10 años, Joseph Biederman y yo cuestionamos por primera vez la inclusión de un criterio de edad de inicio preciso (CEI) (especificado en los 7 años de edad) en los criterios de diagnóstico del DSM-IV [25]. Señalamos que eso no tenía ninguna justificación empírica, teórica o práctica, aparte de sugerir simplemente que el TDAH era un trastorno caracterizado por un inicio en la infancia. Hasta el trabajo de campo del DSM-IV encontró que el uso de este CEI reducía la fiabilidad del diagnóstico clínico y que, en caso de ser utilizado, llevaría a un diagnóstico erróneo hasta en el 35% de los niños que, de otro modo, cumplirían los criterios para uno de los subtipos del trastorno [26]. Ningún otro trastorno mental tiene un CEI tan preciso, y el TDAH tampoco. Hace poco, unos estudios han encontrado que aproximadamente la mitad de todos los adultos remitidos a consulta que cumplían todos los demás criterios para el TDAH informó de un inicio de los síntomas a la edad de 7 años o más adelante [3]. Esto también es cierto para los niños con TDAH a los que se les realizó un seguimiento hasta la edad adulta, que, a una edad media de 27 años, informaron de muchos de estos mismos hallazgos, aunque estaba documentado que en todos ellos el trastorno había aparecido antes de los 6 años de edad en el punto de entrada del estudio en la infancia [3]. Se encontró lo mismo en cuanto al recuerdo de los padres de estos niños sobre el inicio del trastorno de sus hijos en el seguimiento realizado en la edad adulta, a pesar de que estos mismos padres habían notificado un inicio de los síntomas antes de los 6 años de edad en el punto de entrada del estudio en la infancia. Simplemente, los adultos con TDAH (y sus padres) no pueden recordar con exactitud el inicio de los síntomas con la suficiente precisión como para fijar de forma tan precisa y tan pronto un CEI en los criterios de diagnóstico [3,4]. Estos mismos estudios encontraron que el 99% de todos los adultos y el 100% de todos los niños que cumplían todos los demás criterios para el TDAH, a excepción del CEI, tuvieron un inicio de los síntomas antes de los 16 años de edad.

Además, la investigación demuestra que los adultos que cumplen todos los criterios para el TDAH no difieren en ningún aspecto importante de los adultos que cumplen todos los criterios a excepción de la edad de inicio [3,27]. Todo esto apoya la supresión de una edad de inicio precisa de los criterios de diagnóstico en favor de la especificación del inicio en algún punto de 'la infancia a la adolescencia', a la vez que se indica en el texto que acompaña a los criterios que esto significa que el inicio se sitúa, aproximadamente, antes de los 16 años de edad.

¿QUÉ SIGNIFICA 'ALTERACIÓN'?

Con el aumento de la identificación y el diagnóstico de los adolescentes y los adultos con TDAH y, especialmente, con su inclusión como un trastorno protegido en el Acta para Americanos con Discapacidad de Estados Unidos (*Americans with Disabilities Act in the United States*) [28] ha llegado un aluvión de peticiones para encontrar plaza en las pruebas estandarizadas de alta exigencia realizadas en EE. UU., como las SAT, GRE, MCAT, LSAT, etc., sobre los exámenes para la obtención de licencia para profesionales y en las configuraciones profesionales entre otros contextos relacionados con los solicitantes que creen que tienen TDAH. En muchos casos, la demostración del trastorno se ha basado en comparaciones de capacidades cognitivas específicas o rendimiento real en la escuela o en el lugar de trabajo en relación con las personas que a menudo tienen un alto nivel de inteligencia, como si esta disparidad intrapersonal definiera el trastorno por sí misma. En otros casos, el estándar para definir el trastorno fue un grupo de pares especializado altamente funcional en el que el solicitante adulto estaba actualmente trabajando o recibiendo formación (universidad, institutos de formación profesional, bufetes de abogados, prácticas médicas, etc.). En estos casos, si el solicitante no alcanzaba su nivel de alta inteligencia o el nivel de su grupo actual de pares especializado, con un talento o una educación poco usual, entonces, esto por sí solo indicaba un trastorno. El DSM no proporciona ninguna definición de lo que se quiere decir con 'alteración' ni ningún estándar contra el que se deba definir una situación que exige corrección en el DSM-V.

Mis colegas y yo hemos observado anteriormente que los síntomas se deberían definir como que reflejan las expresiones cognitivo-conductuales de un trastorno, mientras que alteración se refiere a las consecuencias que se producen como resultado de la demostración de esos síntomas [2]. Al igual que ha sucedido en las resoluciones legales pertenecientes al Acta para Americanos con Discapacidad en EE. UU., la alteración se define mejor comparándola con la norma, el promedio o la persona media en la población que con el CI o con algún grupo de pares especializado altamente funcional [29]. La imparcialidad por sí sola es una razón importante para hacerlo. No se deberían conceder plazas a individuos en contextos competitivos si no desempeñan sus funciones por debajo de lo normal, ya que esto concede una ventaja injusta a los que no presentan ningún signo de discapacidad. Este aspecto se aplica a todos los trastornos en el DSM, y no sólo al TDAH. Eso debe quedar bien aclarado en el próximo DSM para evitar circunstancias como las que se mencionan anteriormente, en las que el concepto se ha ampliado fuera de toda proporción al promedio de una discapacidad en nuestra sociedad.

¿CÓMO DEBERÍA SUBCLASIFICARSE EL TDAH?

Las revisiones de las publicaciones médicas sobre los subtipos

de TDAH [30,31] cuestionan la utilidad clínica del enfoque del DSM-IV que se da a los subtipos en el que las dos dimensiones de los síntomas de HI y de DA se utilizan para crear tres subtipos de TDAH. La existencia del tipo C no está en cuestión, ya que representa el TDAH tal como ha sido conceptualizado por los investigadores y los médicos durante al menos los 40 años anteriores, y en el que se cree que coexisten los síntomas de déficit de atención, impulsividad e hiperactividad [1,14,15,32-34]. Se han hallado pocas diferencias entre este tipo C y los tipos clasificados como HI, excepto que a menudo se encuentra que este último grupo es más joven y tiene menos síntomas graves y déficit relacionados que el tipo C. Pero esto era de esperar, dado que los síntomas de HI aparecen antes que los síntomas de DA en el curso natural del TDAH y su tipo C [5,8,9]. Estos hallazgos sugieren que es probable que el tipo HI sea un precursor del desarrollo al tipo C, y que los investigadores que estudian el tipo HI sencillamente han captado a niños pequeños que, finalmente, pasarán a cumplir los requisitos del tipo C [5] o que puede que sólo les falte uno o dos síntomas para ello. Este último grupo de niños se conceptualiza mejor como formas más leves o subumbrales simplemente del tipo C, y no como algún tipo de trastorno cualitativamente diferente.

Los niños que cumplen los requisitos para el tipo DA parece que representan un grupo heterogéneo de niños, algunos de los cuales son niños más mayores del tipo C que simplemente han dejado atrás algunos síntomas de HI, pero suficientes para no cumplir ya el umbral de los seis síntomas de HI como para permanecer en el tipo C. Los estudios demuestran que los síntomas de hiperactividad disminuyen mucho más deprisa con la edad que los síntomas del déficit de atención [8], lo que posibilitará que muchos niños del tipo C pierdan, finalmente, algunos síntomas de hiperactividad, de tal forma que ya no puedan seguir clasificados como tipo C bajo las actuales reglas de decisión del DSM-IV. Pero no hay ninguna razón para que dichos niños deban ser reclasificados en un tipo diferente de TDAH en virtud, simplemente, del hecho de cumplir años y seguir lo que parece ser la evolución natural del desarrollo para el tipo C. En este tipo DA, también se incluirá a los niños a los que sólo les falta uno o dos síntomas para cumplir los requisitos del tipo C y que, de este modo, se podrían conceptualizar mejor como versiones inciertas, leves o subumbrales del tipo C y no como un tipo de trastorno cualitativamente diferente. Después de todo, nadie ha presentado argumentos convincentes de que los niños con seis síntomas de déficit de atención y cinco de la lista de HI (para un total de 11 síntomas) sean cualitativamente diferentes de los que tienen seis síntomas de DA y seis de HI (para un total de 12). Sin embargo, las reglas de decisión del DSM colocarían a los primeros en el tipo DA y a los últimos en el tipo C.

Ahora parece que aproximadamente el 30-50% de los niños situados en el tipo DA puede constituir un tipo separado de TDAH o incluso un trastorno aparte [30,35]. Estos niños, que ahora se describen como representantes de un tiempo cognitivo lento, manifiestan problemas cualitativamente diferentes con la atención (distráido, sueña despierto, se pone nervioso con frecuencia, se confunde con facilidad, etc.), en vez de sobreactividad (letargo, lentitud, se mueve de forma lenta, etc.), proceso lento de la información, aislamiento social, un riesgo posiblemente mayor de sufrir ansiedad y, quizá, un respuesta reducida a los estímulos. Desde luego, este grupo es merecedor de un estudio adicional en calidad de un tipo de TDAH cualitativamente diferente o, más probablemente, en calidad de un trastorno to-

talmente diferente. La última afirmación se funda en la premisa actual de que el TDAH es, en gran medida, un trastorno de la inhibición [14,16] y en que estos niños con tiempo cognitivo lento no poseen tales déficits. Por lo tanto, se anima al grupo de trabajo del DSM-V a examinar más de cerca este subconjunto de niños con déficit de atención, así como la mejor ubicación para ellos en la taxonomía del DSM-V.

A diferencia del enfoque del DSM-IV, algunos investigadores han alegado que el TDAH podría subclasificarse mejor sobre la base de algunos de sus trastornos concomitantes, como trastorno de la conducta, ansiedad, depresión o trastorno bipolar. La investigación disponible parece sugerir que el TDAH con trastorno de la conducta constituye un trastorno más grave que tiene una evolución, un patrón de antecedentes familiares, unas respuestas psicológicas y otras características diferentes de las que se encontrarían si simplemente ambos trastornos coexistieran juntos [36]. Los signos parecen mucho menos seguros como para constituir subtipos basados en la ansiedad [37], la depresión o el trastorno bipolar [30,38].

CONCLUSIONES

El presente artículo plantea brevemente una serie de cuestiones que requiere atención por parte de varios grupos de trabajo encargados de crear los criterios de diagnóstico del DSM-V para el TDAH. Estas cuestiones incluyen:

- ¿Es necesario utilizar dos listas de síntomas y umbrales de diagnóstico separados o funcionaría igual de bien una única lista de síntomas y un solo umbral?
- ¿Puede reducirse la lista de síntomas para una mayor eficacia eliminando los elementos redundantes y centrándose en aquellos elementos que proporcionan varianza única a la discriminación de los grupos de TDAH de otros trastornos y muestras de población general?
- ¿Deberían usarse umbrales diferentes para el diagnóstico de distintas etapas del desarrollo (infancia, adolescencia y edad adulta) para mejorar la detección y precisión del diagnóstico?
- ¿Está la lista de síntomas de la HI demasiado cargada con síntomas de hiperactividad, lo que tiene como resultado su pérdida de sensibilidad para el diagnóstico del trastorno con la edad?
- ¿Hay disponibles mejores síntomas para el diagnóstico de la fase adulta del TDAH que los del DSM-IV designados en y para niños?
- ¿A qué se refiere específicamente el término 'alteración' y contra qué estándar se debe evaluar (CI, pares altamente especializados, la población media o normal)?
- ¿Se debería ampliar la edad de inicio para incluir a la adolescencia (hasta la edad de 16 años)?
- ¿El enfoque del DSM-IV que se da a la subclasificación proporciona el medio más útil clínica y científicamente para subclasificar el trastorno o se pueden especificar mejores subtipos basados, quizá, en la concomitancia (por ejemplo, TDAH + trastorno de la conducta)?

Por supuesto, se anima a cualquier investigador con conjuntos de datos actuales que se puedan utilizar para tratar estas cuestiones a que facilite sus hallazgos al grupo de trabajo del DSM-V que se centra en el TDAH (enviar los resultados a Paul Frick, Ph.D., a la Universidad de Nueva Orleans, LA, EE. UU.; e-mail: PFrick@uni.edu).

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington DC: APA; 1994.
2. Barkley RA, Cunningham CE, Gordon M, Faraone SV, Lewandowski L, Murphy KR. ADHD symptoms vs. impairment: revisited. *ADHD Report* 2006; 14: 1-9.
3. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: what the science says. New York: Guilford Press; 2008.
4. McGough JJ, Barkley RA. Diagnostic controversies in adult ADHD. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1948-56.
5. Lahey BB, Applegate B, McBurnett K, Biederman J, Greenhill L, Hynd GW, et al. DSM-IV field trials for attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1673-85.
6. Lubke GH, Muthen B, Moilanen IK, McGough JJ, Loo SK, Swanson JM, et al. Subtypes versus severity differences in attention-deficit/hyperactivity disorder in a northern Finnish birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 1584-93.
7. DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid R. The ADHD Rating Scale-IV: checklists, norms, and clinical interpretation. New York: Guilford Press; 1998.
8. Hart EL, Lahey BB, Loeber R, Applegate B, Frick PJ. Developmental changes in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol* 1995; 23: 729-50.
9. Loeber R, Green SM, Lahey BB, Christ MAG, Frick PJ. Developmental sequences in the age of onset of disruptive child behaviors. *J Child Fam Stud* 1992; 1: 21-41.
10. Kooij JJS, Buitellar JK, Van den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CAT, Hodiament PPG. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychol Med* 2004; 35: 817-27.
11. Murphy K, Barkley RA. Prevalence of DSM-IV ADHD symptoms in adult licensed drivers. *J Atten Disord* 1996; 1: 147-61.
12. Hill JC, Schoener EP. Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1143-46.
13. Barkley RA. Impaired delayed responding: a unified theory of attention deficit hyperactivity disorder. In Routh DK, ed. *Disruptive behavior disorders: essays in honor of Herbert Quay*. New York: Plenum; 1994. p. 11-57.
14. Barkley RA. ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford Press; 1997.
15. Douglas VI. Stop, look, and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Can J Behav Sci* 1972; 4: 259-82.
16. Nigg JT. Is ADHD an inhibitory disorder? *Psychol Bull* 2001; 125: 571-96.
17. Quay HC. Attention deficit disorder and the behavioral inhibition system: the relevance of the neuropsychological theory of Jeffrey A. Gray. In Bloomingdale LM, Sergeant J, eds. *Attention deficit disorder: criteria, cognition, and intervention*. New York: Pergamon; 1988. p. 117-26.
18. Schachar RJ, Tannock R, Logan G. Inhibitory control, impulsiveness, and attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev* 1993; 13: 721-39.
19. Sergeant J. From DSM-III attentional deficit disorder to functional defects. In Bloomingdale LM, Sergeant J, eds. *Attention deficit disorder: criteria, cognition, and intervention*. New York: Pergamon; 1988. p. 183-98.
20. Sonuga-Barke EJS, Taylor E, Hepinstall E. Hyperactivity and delay aversion: II. The effect of self versus externally imposed stimulus presentation periods on memory. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33: 399-409.
21. Werry JS, Sprague R. Hyperactivity. In Costello CG, ed. *Symptoms of psychopathology*. New York: Wiley; 1970. p. 397-417.
22. Nigg JT, Stavro G, Ettenhofer M, Hambrick D, Miller T, Henderson JM. Executive functions and ADHD in adults: evidence for selective effects on ADHD symptom domains. *J Abnorm Psychol* 2005; 114: 706-17.
23. Stavro WM, Ettenhofer ML, Nigg JT. Executive functions and adaptive functioning in young adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Int Neuropsychol Soc* 2007; 13: 324-34.
24. Gioia GA, Isquith PK, Guy SC, Kenworthy L. Brief rating inventory of executive functioning. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 2000.
25. Barkley RA, Biederman J. Towards a broader definition of the age of onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1204-10.
26. Applegate B, Lahey BB, Hart EL, Waldman I, Biederman J, Hynd GW, et al. Validity of the age of onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1211-21.
27. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Mick E, Murray K, Petty C, et al. Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid? *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1720.
28. Gordon M, Keiser S, eds. *Accommodations in higher education under the Americans with Disabilities Act (ADA): a no-nonsense guide for clinicians, educators, administrators, and lawyers*. New York: Guilford Press; 1998.
29. Gordon M, Antshel K, Faraone S, Barkley RA, Lewandowski L, Hudziak J, et al. Symptoms versus impairment: the case for respecting DSM-IV's criterion D. *J Atten Disord* 2006; 9: 465-75.
30. Barkley RA. *Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. 3 ed. New York: Guilford Press; 2006.
31. Milich R, Balentine AC, Lynam DR. ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2001; 8: 463-88.
32. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2 ed. Washington DC: APA; 1968.
33. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3 ed. Washington DC: APA; 1980.
34. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3 ed. rev. Washington DC: APA; 1987.
35. McBurnett K, Pfiffner LJ, Frick PJ. Symptom properties as a function of ADHD type: an argument for continued study of sluggish cognitive tempo. *J Abnorm Child Psychol* 2001; 29: 207-13.
36. Waschbusch DA. A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychol Bull* 2002; 128: 118-50.
37. Pliszka SR. Comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and overanxious disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 197-203.
38. Pliszka SR. Subtyping ADHD based on comorbidity. *ADHD Report* 2006; 14: 1-5.

**ADVANCES IN THE DIAGNOSIS AND SUBTYPING OF ATTENTION DEFICIT
HYPERACTIVITY DISORDER: WHAT MAY LIE AHEAD FOR DSM-V**

Summary. Introduction and aims. A number of problems have been identified through research and clinical practice with the current DSM-IV criteria for the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). This paper reviews some of these issues along with possible solutions for consideration in the construction of the criteria for DSM-V. Development. Issues related to the length of symptom lists and how best to conceptualize the neuropsychological constructs they represent, differing developmental thresholds for diagnosis for adults vs. children and teens, the criterion for age of onset, problems related to the current approach to subtyping, and the development of new items for the adult stage of the disorder are discussed along with other issues pertinent to the continuing effort to test and revise the DSM criteria for ADHD as a function of ongoing empirical research. Conclusions. The present paper has briefly raised a number of issues that require some attention by the various workgroups charged with creating the DSM-V diagnostic criteria for ADHD. [REV NEUROL 2009; 48 (Supl 2): S101-6]
Key words. ADHD symptoms. Adults. Age of onset. Attention deficit hyperactivity disorder. Children. Diagnosis. DSM-IV. Subtyping.