

El tiempo cognitivo lento: revisión de un constructo

Camprodón Rosanas, E.; Estrada i Prat, X.; Batlle Vila, S.; Duñó Ambrós, L.; Aceña Díaz, M.; Marrón Cordón, Magda; Martín López, L.M.; Ribas-Fitó, N.

Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) Sant Martí Sud. Unitat Trastorn Bipolar Pediàtric Litoral. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD)- Parc de Salut Mar (Hospital del Mar)

Introducción/Antecedentes

El constructo tiempo cognitivo lento (TCL) se aisló estadísticamente por primera vez como factor distinto a los síntomas de desatención en un estudio realizado por Lahey et al. (1987). Los pacientes con síntomas TCL vienen descritos como personas lentas, olvidadizas, ensoñadoras, con tendencia a soñar despiertas, perdidas en sus pensamientos, desmotivadas, en las nubes, confundidas y presentan un bajo rendimiento en algunos test neuropsicológicos. Los síntomas TCL se asociaban con más fuerza al TDAH subtipo inatento (Frick et al., 1994).

Actualmente, la clasificación de los tres subtipos de TDAH propuestos por el *DSM-IV-TR* está siendo debatida (Carr et al., 2010). En el *DSM-V* se pretende seguir evaluando los subtipos de TDAH con los mismos síntomas o descripciones de conductas lo cual puede contribuir a mantener la confusión por solapamiento entre subtipos. Una alternativa propuesta se basa en que los problemas de atención sin síntomas de hiperactividad/impulsividad pueden representar dos trastornos distintos y que cada uno de ellos implica problemas de atención diferentes (Adams, et al., 2010). Los problemas atencionales del primer trastorno vendrían representados por los nueve síntomas del TDAH-I, mientras que los problemas de atención del segundo trastorno podrían ser reconocidos por los síntomas del TCL.

Hipótesis y Objetivos

El objetivo de este estudio es realizar una revisión teórica del constructo tiempo cognitivo lento desde su definición, su validez, sus manifestaciones clínicas, las asociaciones con el TDAH y otras patologías.

Material y Métodos

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica, utilizando las bases de datos del Medline (Index Medicus) desde 1985 hasta enero de 2013. Con las palabras claves: *sluggish cognitive tempo*, *attention deficit hyperactivity disorder subtypes*, *attention deficit hyperactivity disorders and executive functions*, tiempo cognitivo lento, trastorno por déficit de atención subtipos clínicos. Haciendo una revisión sistemática de las citas referenciadas en los artículos seleccionados en lengua inglesa y española.

Resultados

Los estudios de análisis factorial han demostrado la distinción del TCL de los síntomas del TDAH. Diversos estudios han constatado que el constructo TCL tiene una adecuada consistencia interna y está asociada a la inatención descrita en el DSM-IV. TCL forma un factor distinto de las dimensiones de síntomas de desatención e hiperactividad del TDAH y emerge como un constructo separado. Presenta una adecuada validez convergente y discriminante. La asociación entre funciones neuropsicológicas y TCL permanecen aún poco estudiadas y los resultados son controvertidos (Tabla 1). Se han hallado síntomas TCL en grupos clínicos con y sin TDAH, correlaciones entre TCL y medidas de ansiedad, depresión y evitación social, en población general adulta e infantil con correlatos sociodemográficos y características clínicas específicas (Figura 1). Algunos autores sugieren que altos niveles de TCL asociadas a TDAH podrían formar parte de un nuevo trastorno atencional (Tabla 2).

Tabla 1

Funcionamiento ejecutivo del tiempo cognitivo lento
<ul style="list-style-type: none">Variabilidad en memoria espacialDificultades en atención sostenidaDificultades en atención selectivaDificultades en el arousalDificultades en memoria de trabajoDificultades de decodificación información de las señales socialesVelocidad motora y de procesamiento menor (no acuerdo entre estudios)Dificultades habilidades matemáticas (no acuerdo entre estudios)Dificultades académicas en general
En adultos se ha descrito:
<ul style="list-style-type: none">Dificultades académicas en generalDificultades en organización y resolución de problemas

Nota. Según Barkley et al., 1990; Barkley, 2011, 2012; Bauermeister et al., 2011; Becker y Langberg, 2012; Capdevila-Brophy et al., 2012; Carlson y Mann, 2002; Diamond, 2005; Frazier et al., 2007; Friedman-Weineneth et al., 2007; Huang-Pollock, 2005; Hinshaw et al., 2002; Masetti, 2008; Mikami et al., 2007; Skirbekk et al., 2011; Wahlstedt y Bohlín, 2010.

Figura 1. TCL y Comorbilidades

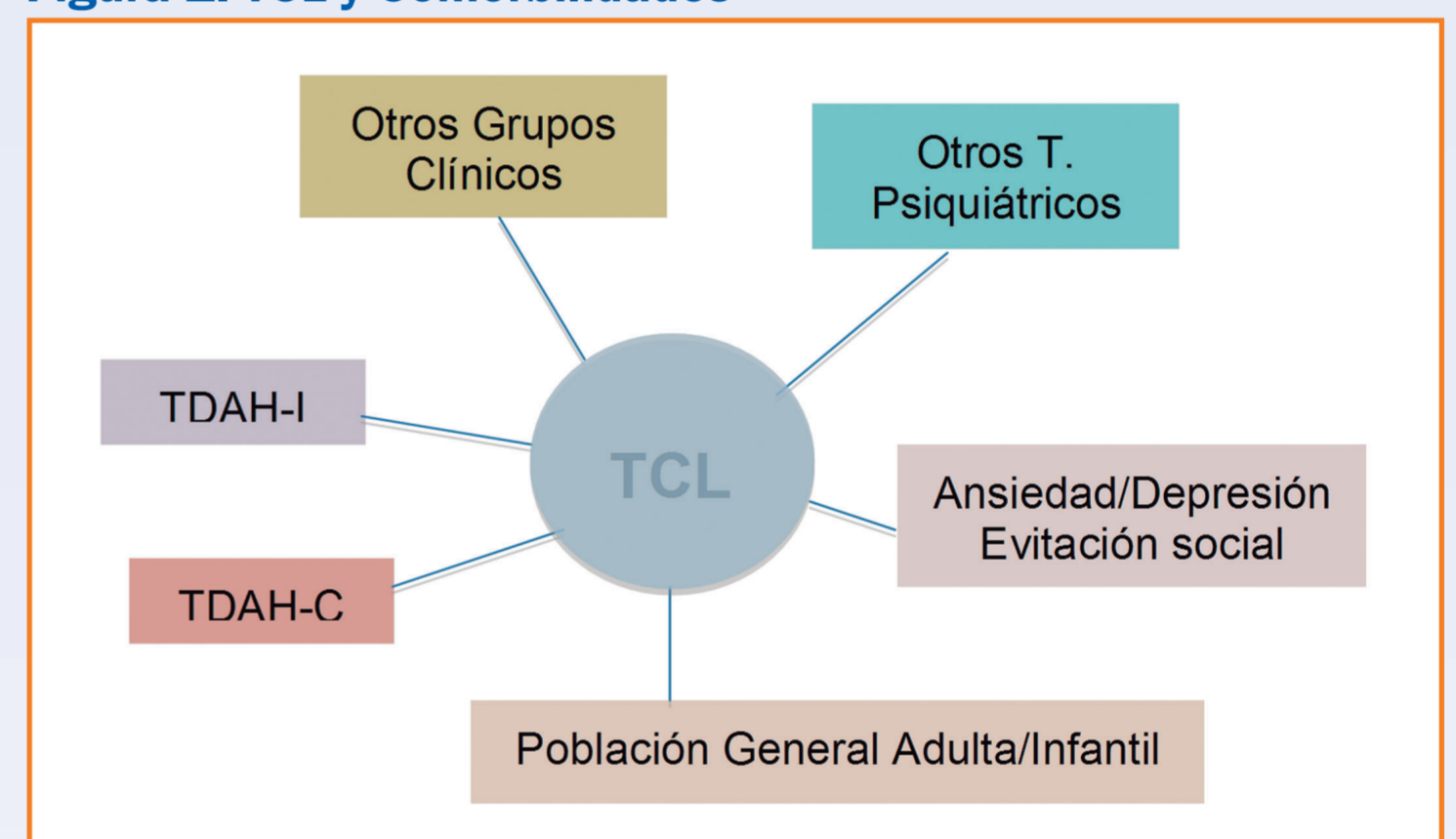


Tabla 2. Tempo cognitivo lento y trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Estudio	Escala TCL utilizada	Conclusiones
McBurnett et al. (2001)	Se añaden 2 ítems en el listado de síntomas DSM-IV	<ul style="list-style-type: none">Síntomas TCL son adecuados para el TDAH-ITCL podría distinguir dos subtipos de TDAH-ITCL identifica un grupo más homogéneo dentro del TDAH-I
Carlson y Mann (2002)	TRF maestros (5 ítems de TCL)	<ul style="list-style-type: none">Niveles altos de TCL y TDAH-I se asocia a: menos externalización, infelicidad, ansiedad/depresión, conductas evitativas, más disfunción social.
Todd et al. (2004)	Inclusión 2 ítems TCL en el listado síntomas DSM	<ul style="list-style-type: none">Presencia TCL en TDAH-C y TCL-ITCL poco poder discriminativo en los síntomas del TDAHTCL utilidad clínica limitada en el estudio de los subtipos de TDAHAlta correlación TCL-inatención ($r = 0,75$ en maestros, $r = 0,76$ en padres)
Hartman et al. (2004)	Escala TCL-5 ítems (TRF, maestros y CBCL padres)	<ul style="list-style-type: none">TCL más prevalente en pacientes TDAH-I
Mikami et al. (2007)	Inclusión de 3 ítems TCL en los criterios DSM de TDAH	<ul style="list-style-type: none">Síntomas TCL responden de la misma manera que en los síntomas de inatención del DSM
McBurnett y Pfiffner (2005)	Escala TCL-15 ítems	<ul style="list-style-type: none">TDAH-I y TDAH-C no pueden distinguirse por la severidad de los síntomas TCL
Pfiffner et al. (2007)	ECRS (Waldman, 1998) 3 ítems	<ul style="list-style-type: none">TCL se asocia positivamente con TDAH-I ($p < 0,05$)
Harrington y Waldman (2010)	DOF (McConaughy y Achenbach, 2009) incluye escala TCL	<ul style="list-style-type: none">TCL y I: $r = 0,54$, $p < 0,01$ (padres); $r = 0,65$, $p < 0,001$ (maestros)TCL y H/I: $r = 0,33$, $p < 0,01$ (padres); $r = 0,05$, ns (maestros)Asociación alta entre TCL y TDAH-ICorrelaciones altas InatenciónCorrelación TCL y grupo TDAHTCL podría ser un factor separado del TDAH aunque su presencia es elevada en TDAHTCL resulta ser un factor separado de la H/I e inatenciónIntercorrelaciones I y H ($r = 0,56$, $p < 0,001$)Intercorrelación I-TCL ($r = 0,75$, $p < 0,01$)No asociación H y TCLNiveles altos TCL asociado a TDAH-I: entidad clínica separada
McConaughy et al., (2009)	DOF (McConaughy y Achenbach, 2009) incluye escala TCL	<ul style="list-style-type: none">TCL se asocia positivamente con TDAH-I ($p < 0,05$)
Garner et al. (2010)	CBCL padres (4 ítems TCL) TRF maestros (5 ítems TCL)	<ul style="list-style-type: none">TCL y I: $r = 0,54$, $p < 0,01$ (padres); $r = 0,65$, $p < 0,001$ (maestros)TCL y H/I: $r = 0,33$, $p < 0,01$ (padres); $r = 0,05$, ns (maestros)Asociación alta entre TCL y TDAH-ICorrelaciones altas InatenciónCorrelación TCL y grupo TDAHTCL podría ser un factor separado del TDAH aunque su presencia es elevada en TDAHTCL resulta ser un factor separado de la H/I e inatenciónIntercorrelaciones I y H ($r = 0,56$, $p < 0,001$)Intercorrelación I-TCL ($r = 0,75$, $p < 0,01$)No asociación H y TCLNiveles altos TCL asociado a TDAH-I: entidad clínica separada
Skirbekk et al. (2011)	SCT-17	<ul style="list-style-type: none">Correlaciones altas InatenciónCorrelación TCL y grupo TDAHTCL podría ser un factor separado del TDAH aunque su presencia es elevada en TDAHTCL resulta ser un factor separado de la H/I e inatenciónIntercorrelaciones I y H ($r = 0,56$, $p < 0,001$)Intercorrelación I-TCL ($r = 0,75$, $p < 0,01$)No asociación H y TCLNiveles altos TCL asociado a TDAH-I: entidad clínica separada
Barkley (2011)	Escala de TCL en adultos (9 ítems)	<ul style="list-style-type: none">Correlaciones altas InatenciónCorrelación TCL y grupo TDAHTCL podría ser un factor separado del TDAH aunque su presencia es elevada en TDAHTCL resulta ser un factor separado de la H/I e inatenciónIntercorrelaciones I y H ($r = 0,56$, $p < 0,001$)Intercorrelación I-TCL ($r = 0,75$, $p < 0,01$)No asociación H y TCLNiveles altos TCL asociado a TDAH-I: entidad clínica separada
Bauermeister et al. (2011)	TRF (4 ítems) CBCL (madres) (5 ítems)	<ul style="list-style-type: none">Correlaciones altas InatenciónCorrelación TCL y grupo TDAHTCL podría ser un factor separado del TDAH aunque su presencia es elevada en TDAHTCL resulta ser un factor separado de la H/I e inatenciónIntercorrelaciones I y H ($r = 0,56$, $p < 0,001$)Intercorrelación I-TCL ($r = 0,75$, $p < 0,01$)No asociación H y TCLNiveles altos TCL asociado a TDAH-I: entidad clínica separada
Capdevila-Brophy et al. (2012)	CBCL (4 ítems)	<ul style="list-style-type: none">Correlaciones altas InatenciónCorrelación TCL y grupo TDAHTCL podría ser un factor separado del TDAH aunque su presencia es elevada en TDAHTCL resulta ser un factor separado de la H/I e inatenciónIntercorrelaciones I y H ($r = 0,56$, $p < 0,001$)Intercorrelación I-TCL ($r = 0,75$, $p < 0,01$)No asociación H y TCLNiveles altos TCL asociado a TDAH-I: entidad clínica separada

Nota. TCL = tiempo cognitivo lento; TDAH-I = trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo inatento; TDAH-C = trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado; TRF = Teacher Report Form; CBCL = Child Behavior Checklist; DSM = diagnostic and statistical manual for mental disorders; DOF = Direct Observation form; ECR = Emory Combined Rating Scale; SCT = sluggish cognitive tempo; H/I = hiperactividad/impulsividad; I = inatención; H = hiperactividad

Conclusiones

Concluimos que queda demostrada la validez estadística del TCL, puede diferenciarse del TDAH y presenta unas características propias. Aunque TCL muestre una mayor asociación con el TDAH probablemente sea una entidad independiente a éste y que sea un factor modulador de aspectos atencionales que inciden no sólo en las funciones ejecutivas sino también en ciertas manifestaciones psicopatológicas presentes mayormente en la ansiedad o depresión.

Referencias esenciales

- Adams, Z. W., Milich, R., & Fillmore, M. T. (2010). A case for the return of attention-deficit disorder in DSM-5. *The ADHD Report*, 18, 1-6.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. revisión de texto. Washington DC: APA.
- Barkley, R.A. (2011). Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Journal of Abnormal Child and Psychology*, May 23.
- Barkley, R.A. (2012). Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*.
- Bauermeister, J.J., Barkley R.R., Bauermeister, J.A., Martínez, J.V., & McBurnett (2011) Validity of the Sluggish Cognitive Tempo, Inattention and Hyperactivity Symptom Dimensions: Neuropsychological and Psychosocial Correlates. *Journal of Abnormal Child and Psychology*.
- Carr, L., Henderson, J., & Nigg, J. T. (2010). Cognitive control and attentional selection in adolescents with ADHD versus ADD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39, 726-740.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Applegate, B., Kerdyck, L., Ollendick, T., Hynd, G. W., Garfinkel, B., Greenhill, L., Biederman, J., Barkley, R. A., McBurnett, K., Newcorn, J., & Waldman, I. (1994). DSM-IV field trials for the disruptive behavior disorders: Symptom utility estimates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 529-539.
- Lahey B.B., Schaugency E.A., Hynd G.W., Carlson C.L. & Nieves N. (1987). Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Comparison of behavioral characteristics. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 718-23.