

Trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH) i trastorn de l'atenció, motricitat i percepció (DAMP): aclarim la confusió

Amaia Hervás

Psiquiatria infantojuvenil. Hospital Mútua de Terrassa - Institut Universitari Dexeus

Aquest número de *Pediatría Catalana* inclou dos articles interessants que, tot i que inicialment plantegen dos tipus de trastorns (TDAH i DAMP) com a categories diagnòstiques incompatibles, presenten, per contra, aspectes complementaris dins la psicopatologia infantojuvenil.

1. Entitat diagnòstica del TDAH i del DAMP

S'esmenta que no hi ha una base científica en el TDAH i que, per contra, si que hi ha una base científica en el DAMP. Com explica la Dra. Sans, el DAMP va ser descrit el 1983 per C. Gillberg i els seus col·laboradors, i aquests autors mai no van pretendre que el DAMP fos una substitució del TDAH, sinó que pretenien descriure una categoria que a més de símptomes de manca d'atenció cursava amb problemes de motricitat fina i bàsica, dèficits perceptuals, retard en el desenvolupament del llenguatge i dificultats posteriors en l'adquisició de l'aprenentatge de la lectura i l'escriptura (dislèxia) (Gillberg 1999). Tot i que ja fa vint anys de la descripció inicial del DAMP, el terme ha passat desapercebut en la literatura científica internacional, excepte per al grup escandinau que inicialment el va descriure i per a altres col·legues nòrdics.

Perquè una categoria diagnòstica sigui validada i acceptada com a tal no n'hi ha prou que les categories diagnòstiques difereixin en un símptoma o molt més. És a dir, aquestes categories diagnòstiques han de ser validades per criteris externs a la simptomatologia i, a més, han de tenir un significat i una utilitat clínica. En l'actualitat hi ha centenars d'estudis que han demostrat diferències neurobiològiques, neurocognitives, genètiques, conductuals, socials, evolutives i pronòstiques entre individus amb TDAH i individus amb absència de TDAH. És a dir, en l'actualitat s'accepta comunament que el TDAH té una base genètica, tot i que hi ha altres factors etiològics no genètics (perinatals, exposició prenatal a alcohol, etc.) que també poden produir-lo; que hi ha una alteració de circuits frontoestriats que produeixen alteracions en la funció executiva i repercuten en una inefectiva autoregulació manifestada en un dèficit en la inhibició conductual i atencional. A més, també s'accepta comunament que el TDAH té una evolució crònica i que només el 15% té una recuperació funcional total en l'edat adulta jove i que està associat amb un increment del risc de personalitat antisocial i consum de drogues, a més de problemes familiars, laborals, socials, més grans, pel manteniment de la simptomatologia. Sabem que el 80% dels afectats de TDAH tenen una resposta positiva amb disminució efectiva de la simptomatologia als estimulants, i estudis recents indiquen que els que s'han tractat durant anys amb estimulants tenen menys risc de consum de drogues en l'edat adulta jove. És a dir, hi ha una base científica sòlida que valida el TDAH com una categoria diagnòstica i, contràriament al que es proposa en l'article del Dr. Coronado, hi ha una manca d'aquests estudis que de manera aliena a la descripció de símptomes clínics assentarien la validesa diagnòstica del DAMP.

2. Criteris diagnòstics i subgrups de TDAH

Els criteris diagnòstics del TDAH en el DSMIV, inclosos en l'annex de la Dra. Sans i que breument són la classificació multiaxial americana dels trastorns mentals, van seguir els resultats d'estudis d'investigació utilitzant l'anàlisi factorial en què van trobar dues dimensions de símptomes: d'una banda, hiperactivitat-impulsivitat i, d'una altra banda, inatenció. És a dir, els símptomes d'hiperactivitat-

impulsivitat s'aglutinen en una sola dimensió simptomatològica. El DSMIV diferencia el TDAH en tres subgrups (també especificats els criteris diagnòstics en l'annex de la Dra. Sans):

- a) El TDAH predominantment hiperactiu-impulsiu (TDAHPI) caracteritzat per l'absència o escassa simptomatologia d'inatenció, és el TDAH que apareix amb menys freqüència en la població clínica i representaria un grup de TDAH d'edat més jove, relacionat amb el fet que la simptomatologia hiperactiva-impulsiva apareix en l'edat preescolar i els problemes d'inatenció solen aparèixer més tard, en l'edat escolar. És a dir, que podríem dir que el TDAHPI representaria en un gran nombre de casos el començament del TDAH combinat (TDAHC) que, com el seu nom indica, és el TDAH que presenta símptomes d'hiperactivitat-impulsivitat i d'inatenció, un quadre clínic que es consolidarà més tard.
- b) El TDAH predominantment inatentiu (TDAHPI) seria un grup heterogeni i en alguns casos podria representar el TDAH combinat residual. És a dir, amb l'edat, els símptomes que milloren més són la hiperactivitat i la impulsivitat i el que roman més és la inatenció. Infants en edat escolar, adolescents i adults podrien complir criteris en el moment de l'avaluació només de TDAHPI amb absència total o parcial de símptomes d'hiperactivitat-impulsivitat, però aquests individus en la seva infància primerenca haurien aconseguit criteris de TDAHC, per això se'ls indica com un TDAHC residual.

El grup que produeix més debat és el TDAHPI que no és residual i que es presenta, a diferència del TDAHC amb un retard cognitiu i dèficit en l'atenció selectiva, a més d'un estil passiu en la relació interpersonal i amb un curs pronòstic més benigne que el TDAHC, en què la repercussió acadèmica és la principal àrea d'impediment funcional. Alguns autors han proposat que aquest TDAHPI no residual seria diferent, heterogeni, que podria tenir una etiologia diferent dels altres subtipus de TDAH.

- c) El TDAHC que presenta simptomatologia d'hiperactivitat-impulsivitat i inatenció seria semblant al trastorn hipercinètic del CIE-10 (la classificació dels trastorns mentals que s'utilitza a Europa) i són la gran majoria de casos que es presenten en les consultes clíniques.

3. Els límits entre la normalitat i la patologia

En general, en la societat sempre hi ha hagut, sobretot en cercles relacionats amb grups socials o religiosos, una resistència a acceptar els trastorns mentals infantojuvenils que incloguin símptomes cognitius o conductuals situats en un extrem de gravetat, però que qualitativament no siguin diferents dels que presenten els infants «normals». D'aquí la importància d'incidir en el fet que els símptomes d'inatenció, hiperactivitat, impulsivitat o de qualsevol altre tipus no representen cap trastorn, tret que la combinació simptomatològica tingui la intensitat descrita en les classificacions diagnòstiques (DSMIV i CIE-10); a més, els símptomes han de ser pervasius, s'han de presentar en diverses situacions en què viuen els infants i, com a factor imprescindible, aquests símptomes han de causar algun mal a l'infant i impedir-li d'alguna manera l'evolució adaptativa normal. Per exemple, els símptomes d'inatenció són molt freqüents en els estudis epidemiològics en els infants, però molt pocs tenen la severitat que causa un impediment funcional que mereixi el diagnòstic de TDAHPI.

4. El valor dels instruments diagnòstics en el TDAH

S'esmenta el subjectivisme de pares i professors en la valoració dels símptomes d'inatenció, hiperactivitat i impulsivitat i que només els símptomes que poguessin mesurar-se de manera objectiva serien vàlids. Seguint aquest criteri, cap trastorn mental infantil o de l'adult seria vàlid, incloent-hi l'esquizofrènia, ja que tots tenen un diagnòstic clínic i no hi ha cap prova objectiva que en garanteixi el diagnòstic. Però passa el mateix en altres malalties pediàtriques mèdiques, com l'asma, el diagnòstic de la qual és possible i freqüent sense que hi hagi proves positives immunològiques o d'hiperreactivitat bronquial. És a dir, en el TDAH, les alteracions evidents atencionals o d'impulsivitat en

proves neuropsicològiques objectives, com el CPT (Continuous Performance Test) o el MFFT (*Matching Familiar Figure Test*) ajuden en el diagnòstic però no són necessàries o excloents. Seguint aquesta premissa que el diagnòstic de TDAH és un diagnòstic clínic s'han desenvolupat qüestionaris de cribratge (com el *Conners Rating Scales-Revised*) i entrevistes diagnòstiques (K-SADS, CAPA, etc.) que no tan sols diagnostiquen els diferents subtipus de TDAH sinó també la comorbiditat amb altres trastorns psiquiàtrics infantojuvenils i que han demostrat una bona validesa i fiabilitat diagnòstica.

5. Comorbiditat en el TDAH

La comorbiditat del TDAH ha demostrat ser essencial en l'evolució, els aspectes pronòstics i la resposta al tractament. La combinació de TDAH amb trastorn negativista desafiant té un risc més alt d'associar-se amb un trastorn dissociat en l'adolescència i amb un trastorn de personalitat antisocial en l'edat adulta, especialment quan patrons d'interacció negativa ocorren i persisteixen en aquests infants. Les alteracions perceptuals i motrius no tan sols descrites en el DAMP, sinó també en els trastorns d'aprenentatge no verbal han demostrat estar presents en alguns casos no solament de TDAH sinó també dels trastorns generalitzats del desenvolupament (espectre autista). Per avançar en el coneixement de la comorbiditat es requereixen estudis que investiguin si les alteracions perceptuals o de motricitat associades a alguns casos de TDAH també s'acompanyen d'un aspecte pronòstic, etiològic, evolutiu o de resposta al tractament diferent.

6. L'abordatge multidisciplinari del TDAH

És essencial que l'abordatge del TDAH, tant en l'avaluació com en el tractament, s'efectuï per grups multidisciplinaris que incloguin neuropediatres, psiquiatres infantojuvenils, psiquiatres d'adults, psicòlegs clínics, pediatres, etc. que treballin de manera coordinada, respectant les diferents àrees d'especialització professional com ja està passant en l'actualitat i que ha resultat en l'elaboració de guies consensuades multidisciplinàries internacionals de descripció clínica, avaluació diagnòstica i tractament del TDAH.

7. Conclusió

Així doncs, en relació amb la possible confusió entre TDAH i DAMP podem resumir que hi ha una sòlida base científica que avala la categoria diagnòstica del TDAH. En el cas del DAMP, presenta una constel·lació simptomàtica que evidentment en alguns casos existeix, però per acceptar-ho com una entitat diagnòstica clínica significativa serà necessària la validació científica mitjançant la realització d'estudis d'investigació epidemiològics, etiològics, neurobiològics, evolutius, pronòstics i de resposta al tractament. Fins que aquests estudis no es facin, la constel·lació simptomàtica del DAMP la presenten un subgrup d'infants amb TDAH o amb trastorns generalitzats del desenvolupament (espectre autista), que hem de conceptualitzar i tractar amb l'evidència coneguda fins al moment del subgrup diagnòstic en què s'inclouen, i adaptar la intervenció clínica a la simptomatologia comòrbida present.