

***Sluggish Cognitive Tempo:* Una Nueva Dimensión del TDAH o una Entidad Nosológica Independiente**

CARLOS FRANCISCO RINCÓN LOZADA

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Resumen

El *Sluggish Cognitive Tempo* (SCT) se presenta como una posible entidad psicopatológica caracterizada por inatención, enlentecimiento, tendencia a soñar despierto, hipoactividad, olvidos frecuentes y letargia, que muestra alta comorbilidad con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) subtipo predominantemente inatento, y aunque comparten varios de los criterios diagnósticos, se muestran estudios que revelan la posibilidad de ser una entidad independiente. Esto no está plenamente comprobado debido a que algunos resultados son contradictorios en las investigaciones realizadas, especialmente en cuanto a etiologías, prevalencias, diferencias por género, características familiares, edad de aparición, estudios por neuroimagen y de neurotransmisores, los cuales se asemejan de manera importante a las características del TDAH. El SCT, además de mostrar gran variabilidad en los resultados expuestos, presenta a la fecha características similares a varios trastornos de los llamados internalizantes, coincidiendo en la sintomatología y dificultando su diagnóstico. Aquí se muestra una mirada crítica sobre el artículo-objetivo *Sluggish Cognitive Tempo: realidades y controversias* (Bernard & Servera, 2016) y se deja abierta la

posibilidad sobre una entidad nosológica independiente o un subtipo de TDAH que necesita más sustento teórico que permita dar respuesta a los interrogantes planteados, los cuales no son pocos, cuando se evalúa este constructo.

Palabras clave: *Sluggish Cognitive Tempo*, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, comorbilidades, psicopatología.

Sluggish Cognitive Tempo: A new dimension of ADHD or a separate nosological entity

Abstract

Sluggish Cognitive Tempo (SCT) is presented as a possible psychopathological condition characterized by inattention, slowing, tendency to dream awake, hypoactivity, memory problems and lethargy. SCT shows high comorbidity with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) predominantly inattentive subtype, and although they share many of the diagnostic criteria I review studies that reveal the possibility of being an independent entity. This is not fully tested since some results are contradictory, especially in terms of prevalence, etiologies, and differences by gender, family characteristics, age of onset, as well as by neuroimaging studies of neurotransmitters, which resemble important characteristics of ADHD. The SCT also show great variability in the results presented, to date presents similar symptoms to various internalized disorders making more difficult the diagnose of SCT. Here is a critical look on the target article "Sluggish Cognitive Tempo: Realities and controversies" (Bernard & Servera, 2016) leaving open the possibility of a separate nosological entity or an ADHD subtype, and pointing out the need for additional theoretical support that allows to respond to the questions

Agradecimientos: Se agradece la colaboración de Ángela Lizeth Barón Camargo y Diego Felipe Gallo García.

Dirijase toda correspondencia a la autora a: Carlos Francisco Rincón Lozada. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Psicología. Calle 24 # 5-63. Teléfono: 0987448585.

Correo electrónico: carlosfrancisco.rincon@uptc.edu.co

RMIP 2016, Vol. 8, No. 2, pp. 192-198.

ISSN-impresa: 2007-0926; ISSN-digital: 2007-3240

www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com

Derechos reservados ©RMIP

raised, which are not few, when one evaluates this construct.

Keywords: *Sluggish Cognitive Tempo*, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, comorbid psychopathology.

La tendencia actual en el ámbito de la psicopatología a través de la investigación, el reporte de casos y la elaboración de perfiles de anormalidad ha generado una oleada en el establecimiento de enfermedades psicológicas; algunas subdividen los trastornos clásicos (depresión, bipolaridad, ansiedad, etcétera), otras las agrupan dentro de categorías más generales (trastorno del espectro autista) o realizan la presentación de nuevos síndromes (trastornos neurocognitivos). Lo anterior mantiene un fuerte debate en cuanto a estas categorías, los criterios clínicos y específicos de la mayoría de trastornos mentales, y la dificultad a la hora de ajustarse a las normas de cada país de acuerdo con el sistema de clasificación adoptado.

Uno de los trastornos que más ha generado este tipo de controversia es el Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), debido a que los estudios presentados, incluyendo metaanálisis, muestran resultados contradictorios en cuanto a los subtipos, prevalencias, criterios diagnósticos, formas de evaluación, perfil neuropsicológico, maneras de presentación en diferentes etapas del ciclo vital y, para complejizar más el estado de dicho trastorno, las formas de tratamiento, de amplio debate, especialmente con lo referente a la utilización de psicofármacos.

El TDAH actualmente se presenta según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su última revisión (*DSM V*), a través de cinco criterios de significancia clínica que incluyen: primero un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad impulsividad; segundo, estos síntomas deben estar presentes antes de los 12 años; tercero, los síntomas están presentes en dos o más contextos; cuarto, la sintomatología interfiere con el funcionamiento social, académico o laboral; y, por último, se presentan las comorbilidades que no deben

cursar con este trastorno (American Psychiatric Association, 2014).

Además existen tres subtipos de TDAH, que son: presentación combinada, presentación predominantemente con falta de atención y presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva; lo cual también ha motivado gran discusión entre investigadores y personal de salud a la hora del establecimiento de este diagnóstico, debido a la variabilidad en la presentación de los signos y síntomas que muestran los pacientes.

En este artículo-comentario presenta una mirada crítica sobre el artículo-objetivo: “Sluggish Cognitive Tempo: realidades y controversias” (Bernad & Servera, 2016). Actualmente y para ampliar el debate, se muestran resultados de una posible derivación del TDAH, subtipo inatento, llamada *Sluggish Cognitive Tempo* (SCT, por sus siglas en inglés), que aunque parece coincidir con algunos de los criterios diagnósticos establecidos para este subtipo de TDAH, manifiesta en varios estudios una conformación clínica diferente, caracterizada por un comportamiento de lentitud, indolencia y falta de energía (Bernad, Servera, & Belmar, 2015).

Esta nueva entidad además agrupa características que reflejan un estado de alerta y orientación irregulares, ellas están relacionadas con personas lentas, olvidadizas, soñolientas, apáticas, con tendencia a soñar despiertas, perdidas en sus pensamientos, desmotivadas, en las nubes, confundidas y con bajo rendimiento en algunos tests neuropsicológicos (Capdevila, Artigas, & Obiols, 2006).

El SCT comenzó a investigarse a mediados de los años 80 y, en la última década, Barkley ha publicado el 40% de las investigaciones que se encuentran sobre este tema. La mayoría de éstas se centraron en analizar si el SCT es un subtipo o no del Trastorno de Déficit de Atención (TDAH), especialmente el de tipo inatento (TDAH-I). Sin embargo, algunos autores han comenzado con la investigación del SCT como una nueva entidad psicopatológica, pero estas

investigaciones son menos de 100 (Becker *et al.*, 2016).

Los síntomas que caracterizan al SCT (muchos se solapan con TDAH-I y problemas internalizantes) son: procesamiento cognitivo lento, somnolencia, soñar despierto, parece que tuviera la mente en otro lugar (como ausente), apatía, lentitud motora y baja agilidad motriz (Becker, Marshall, & McBurnett, 2014). Asimismo se han identificado problemas de sueño, en memoria de trabajo, en el seguimiento de instrucciones, en atención sostenida, en olvido, en orientación; estados de alerta bajos y dificultades para socializar (McBurnett, Pfiffner, & Frick, 2001; Becker *et al.*, 2014; Becker *et al.*, 2016).

Previo a que comenzara a aumentar la investigación de SCT, se le atribuían los síntomas de somnolencia, lentitud, pereza, apatía y soñar despierto a los niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención (TDA) sin hiperactividad (*DSM-III*). Algunos autores toman esto como una validación de la existencia de SCT como una nueva entidad patológica o un subtipo del TDAH. Incluso algunos síntomas, por ejemplo los relacionados con la lentitud y soñar despierto son normalmente tomados como síntomas de depresión, trastorno del sueño o cualquier otro trastorno internalizante, lo cual genera dificultades para establecer un posible diagnóstico de SCT dadas las similitudes con otros síndromes (Becker *et al.*, 2014).

Los síntomas del TDAH-I, como problemas con la memoria y orientación, al igual que procesamiento de información y estados de alerta bajos, se solapan con los síntomas de SCT, por eso el *DSM-IV* rechazó la posibilidad de introducir el SCT como un subtipo de TDAH, planteándose que puede ser de utilidad para predecir el TDAH-I, mas no como un subtipo en sí (McBurnett, Pfiffner, & Frick, 2001)

El SCT siempre ha estado asociado al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de presentación predominante con falta

de atención, debido a que tienen en común el procesamiento de información enlentecido. Por esto muchos niños han sido diagnosticados con TDAH-I, al presentar las características del SCT, ya que este término no forma parte de ningún manual diagnóstico estandarizado (Capdevila *et al.*, 2006).

Por otra parte, con respecto a la relación entre el SCT y el TDAH predominante con falta de atención, en un estudio realizado con adultos se encontró que los sujetos con TDAH muestran un peor funcionamiento cognitivo respecto a sujetos con SCT, los cuales presentan mayores dificultades en atención sostenida y selectiva, variabilidad en memoria espacial, dificultades en *arousal*, en memoria de trabajo, en decodificación de información de las señales sociales, así como dificultades en organización y resolución de problemas (Barckley, 2010, citado por Camprodon *et al.*, 2013).

Según Tirapu, Ruiz, Luna y Hernández (2015), algunos niños con TDAH también son lentos al ejecutar tareas, pero hay una diferencia fundamental, y es que en el TDAH esta lentitud ocurre por su limitada capacidad de inhibición de distractores, mientras que en el SCT esto se debe a la lentitud de la ejecución propiamente dicha.

Además, otros estudios han evidenciado que muchos de los síntomas de los pacientes con TDAH se manifiestan antes de la etapa preescolar, mientras que los niños con SCT típicamente se presentan a consulta en edades un poco mayores (Urrutia, 2010).

Araujo-Jiménez (2012, citado por Tirapu *et al.*, 2015) encontró que el SCT no sólo se relaciona con el TDAH de presentación predominante con falta de atención, sino también a otros problemas internalizantes como: fobia social y depresión. Estudios demuestran que sujetos con un SCT alto muestran mayores niveles de TDAH, depresión y ansiedad, además de una pobre regulación emocional y dificultades de adaptación social en comparación con los suje-

tos que no manifiestan SCT elevado (Flannery, Becker, & Luebbe, 2014, citados por Tirapu *et al.*, 2015). De esta manera, vale la pena destacar que los sujetos con SCT presentan un modelo internalizante, mientras que los sujetos con TDAH presentan un modelo externalizante (Becker & Langberg, 2012, citados por Tirapu *et al.*, 2015).

Por otro lado, Becker & Langberg (2014) realizaron un estudio acerca de la calidad de sueño tanto en sujetos con SCT como en sujetos con TDAH, donde se encontró que el TDAH de tipo hiperactivo predice más las alteraciones del sueño que el funcionamiento en vigilia, mientras que el SCT y el TDAH de presentación predominante con falta de atención predicen mejor la disfunción en el funcionamiento durante el día. En otra investigación, los mismos autores realizaron un estudio con niños de 9 a 12 años, en el que observaron que la sensibilidad al refuerzo está asociada al TDAH y síntomas externalizados, mientras que la sensibilidad al castigo se vincula con SCT y síntomas internalizados.

Carlson y Mann (2002, citados por Camprodon *et al.*, 2013) realizaron un estudio con una amplia muestra de escolares, donde encontraron que los niños con TDAH de presentación predominante con falta de atención mostraban elevadas puntuaciones en SCT. Además, el SCT era de gran utilidad diagnóstica para identificar niños con TDAH de presentación predominante con falta de atención.

En este mismo sentido, Bauermeister, Matos, Reina, Salas, Martínez, Cumba, y Barkley, (2005, citados por Camprodon *et al.*, 2013) elaboraron un estudio con niños, donde encontraron que los sujetos con TDAH de presentación predominante con falta de atención, tenían puntuaciones más elevadas en SCT que los niños con TDAH de presentación combinada; además los niños con TDAH de tipo inatento, en comparación con los niños con TDAH combinado, mostraban una falta de atención cualitativamente diferente, ya que los niños con TDAH de tipo

inatento manifestaban un estilo de atención caracterizado por: lentitud, hipoactividad, confusión, ensoñación y mirada al vacío.

Las investigaciones también se han enfocado en analizar las funciones ejecutivas (FE) cuando se presentan síntomas de SCT y TDAH-I. Los hallazgos plantean que se alteran más las funciones metacognitivas cuando hay síntomas de SCT y TDAH-I, a diferencia de cuando sólo se identifican síntomas de TDAH-I. Estas alteraciones están relacionadas en las funciones metacognitivas con la apatía, la falta de iniciativa, la automotivación y la dirección de la energía hacia una meta (Becker & Langberg, 2014). Asimismo, se encuentran dificultades en la velocidad de procesamiento y autocontrol.

Sin embargo, se presentan dificultades a la hora de obtener hallazgos homogéneos con otros estudios (Bauermeister, Barkley, Bauermeister, Martínez, & McBurnett, 2012). Pero se ha identificado que al aislar los síntomas de TDAH y de los problemas internalizantes, las funciones ejecutivas aún son afectadas, incluso se encuentra más variabilidad cuando se analiza el SCT que cuando se analiza el TDAH-I (Wood, Lewandowski, Lovett, & Antshel, 2014).

En uno de los estudios para evaluar el constructo SCT se utilizaron 5 ítems en una muestra de 296 niños, entre los 8 y 18 años, con TDAH y dificultades de aprendizaje, donde se encontró que los ítems de SCT junto con los ítems de inatención del *DSM-IV* están en el mismo factor, mientras que los síntomas de hiperactividad/impulsividad del *DSM-IV* están incluidos en otro factor distinto. Así, los factores SCT e inatención estuvieron fuertemente correlacionados (Hartman, Willcutt, Rhee, & Pennington, 2004, citados por Camprodon *et al.*, 2013). De esta manera, Jacobson, Murphy-Browman, Pritchard, Tart-Zelvin, Zabel y Mahone (2012, citados por Camprodon *et al.*, 2013) concluyeron que la consistencia interna del constructo SCT está asociada al TDAH de presentación predominante con falta de atención descrito en el *DSM-IV*.

Así, se podría decir que mientras el TDAH de presentación predominante con falta de atención predice casi por igual problemas internalizantes, de rendimiento y externalizantes; el SCT predice en mayor grado problemas internalizantes y de rendimiento, puede ser una medida protectora frente a problemas externalizados típicos del TDAH, como la sobreactividad motora o los problemas de conducta (Bernad, Servera, Grases, Collado, & Burns, 2014; Burns, Servera, Bernad, Carrillo, & Cardo, 2013; Servera, Bernad, Carrilo, Collado, & Burns, 2015, citados por Bernad *et al.*, 2015).

Por otro lado, se cree que las causas del SCT están relacionadas con una condición de naturaleza genética, donde se encuentra involucrada la región cortical prefrontal del cerebro asociada a dificultades en memoria de trabajo. Además, los síntomas del SCT podrían ser debidos a variaciones en la disponibilidad de dopamina y norepinefrina, o a los procesos de recepción, recaptación o transporte de estas sustancias (Urrutia, 2010). En este mismo sentido, Becker, Luebbe, Greening, Fite y Stoppelbein (2012, citados por Bernad, Severa, & Belmar, 2015) muestran en un estudio la relación entre niveles hipoactivos de tirotropina (hormona estimulante de la glándula tiroidea) y SCT en una muestra de 70 niños de 6 a 12 años.

Algunos autores plantean que la independencia del SCT se manifiesta en la efectividad del tratamiento, puesto que argumentan que los medicamentos que se aplican al TDAH no funcionan tan bien para el SCT. Pero se encuentra que se comparan los tratamientos que se utilizan usualmente para el TDAH de predominancia hiperactiva más que para el TDAH-I, inclusive los procedimientos aplicados en el TDAH-I tiene una efectividad similar en el SCT. A esto se le suma que la atomoxetina tiene buenos resultados tanto en el TDAH-I como en el SCT (Barkley, 2013; Franco López, 2014).

En las recientes investigaciones se ha dejado la posibilidad de que los síntomas de SCT estén

relacionados con un subtipo del TDAH, y se han volcado las indagaciones hacia un aporte de evidencia del SCT como una entidad psicopatológica independiente, la cual se presenta comórbidamente con el TDAH-I (especialmente) y con problemas internalizantes (ansiedad y depresión) (Becker *et al.*, 2016).

Incluso Barkley (2014) planteó que se debería analizar el Trastorno Negativista Desafiante con el SCT, pero esto no sería un aporte relevante, puesto que los síntomas del SCT son más característicos de los problemas internalizantes que de los externalizantes. Una de las muchas dificultades que se presentan en los pocos estudios que hay es que no se ha logrado conocer a plenitud la etiología, y lo que se conoce está relacionado también con la aparición del TDAH, como el consumo de alcohol y drogas en etapa prenatal, los síntomas tienden a aparecer en la edad escolar, la misma en que se comienzan a manifestar los del TDAH (Graham *et al.*, 2012, citado en Barkley, 2014; Becker *et al.*, 2016).

Aunque se plantean hallazgos a favor del SCT como una entidad aislada, y se han controlado los síntomas de TDAH-I (Becker *et al.*, 2016), estas mediciones muchas veces se dificultan debido a que se utilizan instrumentos que se basan en reportes de padres y maestros o, en algunos casos, los instrumentos evalúan algunas características propias del SCT, pero no se acompañan de otras medidas (además, no hay muchos instrumentos específicos para el SCT). Esto no implica que dichos síntomas no tengan validez, pero sí que se debe tomar con cautela el estudio del SCT, pues aún no se ha logrado recabar información concluyente para determinarlo como un subtipo de TDAH-I o para plantearlo como una entidad psicopatológica independiente (Becker *et al.*, 2014).

Se debe procurar más investigación basada en la neurociencia, especialmente en la arquitectura neurológica mediante neuroimagen y no solamente con pruebas psicométricas, más

porque se pretende plantearlo como una nueva entidad psicopatológica. Lo anterior puede traer beneficios al diagnóstico diferencial y al tratamiento, pues es difícil identificar estos síntomas, debido a que son tomados como si el niño simplemente fuera perezoso. El estudio del SCT puede ser de utilidad para ayudar a identificar niños con dificultades en el colegio, pero en el estado actual de esta investigación no se puede ni se debe afirmar de forma definitiva si es un subtipo del TDAH o si es una entidad patológica aislada que se presenta de forma comórbida.

Para finalizar, es claro que se presenta evidencia que genera controversia acerca de la relación que tiene el SCT con el TDAH y otras patologías; en la mayoría de estudios revisados anteriormente sobre este tema, los resultados obtenidos suelen asociar altos niveles de SCT con el TDAH de presentación predominante con falta de atención. Por lo pronto, se puede decir que el SCT es un término descriptivo no formalizado que se usa para describir conductas que podrían formar parte de otro subgrupo dentro del TDAH (Urrutia, 2010).

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana: Argentina.
- Barkley, R. (2014). Sluggish Cognitive Tempo (concentration deficit disorder?): current status, future directions, and a plea to change the name. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 117-125. doi: 10.1007/s10802-013-9824
- Barkley, R. (2013). Distinguishing Sluggish Cognitive Tempo from ADHD in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42, 161-173.
- Bauermeister, J., Barkley, R., Bauermeister, J. A., Martínez, J., & McBurnett, K. (2012). Validity of the Sluggish Cognitive Tempo, inattention, and hyperactivity symptom dimensions: neuropsychological and psychosocial correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 683-697. doi:10.1007/s10802-011-9602-7
- Becker, S., Leopold, D., Burns, L., Jarrett, M., Langberg, J., Marshall, A., & Willcutt, E. (2016). The internal, external, and diagnostic validity of Sluggish Cognitive Tempo: a metaanalysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(3), 163-178. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2015.12.006>
- Becker, S., & Langberg, J. (2014). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Sluggish Cognitive Tempo dimensions in relation to executive functioning in adolescents with ADHD. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(1), 1-11. doi: 10.1007/s10578-013-0372-z
- Becker, S. P., Marshall, S. A., & McBurnett, K. (2014). Sluggish Cognitive Tempo in abnormal child psychology: an historical overview and introduction to the special section. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 1-6. doi: 10.1007/s10802-013-9825-x
- Bernad, M. M., & Servera, M. (2016). Sluggish Cognitive Tempo: realidades y controversias. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(2), 125-160.
- Bernad, M. D., Servera, M., & Belmar, M. (2015). La dimensión Sluggish Cognitive Tempo: el estado de la cuestión. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, II(2), 95-106.
- Camprodon, E., Duñó, L., Batlle, S., Estrada, X., Acena, M., Marrón, M., Pujals, E., Martín, L. M., Ribas-Fitó N., & Torrubia, R. (2013). El Tempo Cognitivo Lento: revisión de un constructo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2), 151-168.
- Capdevila, C., Artigas, J., & Obiols, J. (2006). Tempo Cognitivo Lento: ¿síntomas del Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad predominante desatento o una nueva entidad clínica? *Revista de Neurología*, 42(2), 127-134.
- Franco López, B. (2014). *Velocidad de procesamiento en el Tempo Cognitivo Lento y en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: un estudio en población pediátrica*. Sinaloa: Universidad Autónoma de Sinaloa. Recuperado de <http://sistemadalsinaloa.gob.mx/archivoscomprobatorios/_26_direccionesisaprobadas/10576.pdf>.
- McBurnett, K., Piffner, L., & Frick, P. (2001). Symptom properties as a function of ADHD type: an argument for continued study of Sluggish Cognitive Tempo. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(3), 207-213.
- Tirapu, J., Ruiz, B., Luna, P., & Hernández, P. (2015). Tempo Cognitivo Lento: una revisión actualizada. *Revista de Neurología*, 61, 323-331.

Urrutia, F. (2010). Tempo Cognitivo Lento (*Sluggish Cognitive Tempo*) ¿Un subtipo de TDAH o una entidad diferente? *Revista Archivos de Investigación Materno Infantil*, II(2), 71-73.

Wood, W., Lewandowski, L., Lovett, B., & Antshel, K. (2014). Executive dysfunction and functional impairment

associated with Sluggish Cognitive Tempo in emerging adulthood. *Journal of Attention Disorders*, 17, 1-10. doi: 10.1177/1087054714560822

Recibido el 18 de julio de 2016
Revisión final 27 de julio de 2016
Aceptado el 1 de agosto de 2016