

**PERSONALIDAD ANTISOCIAL Y TRASTORNO DE DEFICIT DE  
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LA INFANCIA**

Ricardo CHIRINOS \* y Manuel CALLAN \*\*

**PALABRAS CLAVE:** *Personalidad Antisocial — Déficit de Atención — Hiperactividad — Infancia*

**KEY WORDS** : *Antisocial Personality Disorder — Attention Deficit — Hiperactivity Disorder — Childhood*

*Se presenta un caso con diagnóstico de personalidad antisocial de acuerdo a los criterios del DSM III-R y antecedente de Déficit de Atención e hiperactividad en la infancia. Se revisa la literatura con referencia al tema y se plantean algunas interrogantes en torno a la identidad psicopatológica y etiopatogénica, y al tratamiento de este cuadro.*

**ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER AND ATTENTION DEFICIT  
HIPERACTIVITY DISORDER IN CHILHOOD**

*The authors present a patient with a diagnosis of Antisocial Personality Disorder according to DSM III-R criteria and a history of Attention Deficit Hiperactivity Disorder in childhood. They review the literature and pose some questions regarding the psychopathological and etiopathogenic entity as well as comments about the treatment of this disorder.*

\* **MEDICO PSIQUIATRA.** Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

\*\* **MEDICO RESIDENTE,** en Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi".

## INTRODUCCION

El trastorno de Déficit de Atención (TDA) es una entidad cuya original presentación en la infancia puede persistir a lo largo del desarrollo del individuo y aún mostrar sus manifestaciones en la adultez plena; la psicopatología propia del trastorno, como habitualmente lo apreciamos en el acceso al niño que lo porta, tiene características que posiblemente no sean de modo claro las mismas que persisten en la adultez, afectadas como suponemos por un largo proceso de influencias de tipo exógeno y endógeno que matizan los síntomas y quizás deforman su apariencia original.

En general, se acepta que el curso del TDA es; altamente variable (LAUFER, M.; SHETTY, T. 1980) y su devenir en la adultez se caracteriza por un funcionamiento normal o una serie de condiciones en las que aparece desde leve a severa disfuncionalidad (WEISS, G.; HECHTMAN, L. et al, 1985).

La literatura aporta datos en torno a la prevalencia del llamado TDA tipo residual (33 o/o) en adultos alcohólicos (WOOD, D.; WENDER, P.; et al, 1983) y se ha sugerido, a su vez, que la presencia del trastorno en la adultez puede tomar forma tal que aquellos que la portan pueden llevar otros diagnósticos psiquiátricos (AMADO, H.; LUSTMAN, P.J'; 1983); aquí se ha planteado con claridad la presencia de manifestaciones de conducta antisocial en la forma que adoptaría el cuadro.

GITTELMAN y colaboradores en un estudio de adolescentes y

adultos jóvenes que habían sido hiperactivos en la infancia encontraron un incremento en la prevalencia de trastornos psiquiátricos en este grupo, comparado con controles. Los autores reportan que al seguimiento, 48 o/o de los anteriormente niños hiperactivos, comparado con el 20 o/o de los controles, tuvo una disfunción de tal magnitud que ameritó un diagnóstico del DSM III. Ellos encontraron una triada diagnóstica que consistía en Trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad, Trastorno antisocial de la personalidad y Trastorno de Abuso de Sustancias (GITTELMAN, R; MANNUZZA, S.; et al 1985). A este respecto es conveniente señalar que si bien es cierto el TDA estuvo siendo considerado básicamente como una diada en donde la hiperactividad era un síntoma capital para distinguir, por su presencia o ausencia, cual era el desorden específico, la tendencia en la actualidad es de aceptar tal hiperactividad como una manifestación necesaria en el cuadro clínico típico (DSM III-R 1987); es obvio, de este modo, que la hiperactividad infantil es fuertemente indiciaria del TDA con hiperactividad. Más recientemente se ha señalado que de las personas con historia de TDA con hiperactividad sin tratamiento en la infancia, aproximadamente un tercio reunirán en la adultez criterios suficientes para ameritar un diagnóstico en el eje I del DSM III-R y que de éstos, muchos caerán dentro de cuatro categorías: Trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad estado residual, Trastorno Antisocial de la personalidad, Alcoholismo o Tras-

torno de Somatización.

Otros estudios retrospectivos, prospectivos longitudinales y desarrollados en adultos con antecedente de hiperactividad en la infancia sugieren una relación entre TDA con hiperactividad infantil y psicopatología en la adultez.

La presentación de conducta antisocial en niños y adolescentes con TDA y de personalidad antisocial en adultos con historia de hiperactividad en la infancia ha sido remarcada en varios trabajos (HALE, M.; HESSELBROCK, M. et al 1982; OSTROFF, R.; NOVELLY, R.; 1982; SATTERFIELD, J.; HOPPE, CH. et al 1982) y en uno de ellos se ha encontrado un significativo 23 o/o de adultos, con Trastorno Antisocial de la personalidad entre quienes fueron hiperactivos cuando niños (WEISS, G.; HECHTMAN, L.; et al 1985).

El perfil psicopatológico de la personalidad antisocial tiene la particularidad de conllevar en su nítidez una connotación de severidad, de tal modo que la mayor pronunciación y consistencia de las manifestaciones antisociales arrastran consigo problemas terapéuticos y pronósticos más complejos que requieren la atención especial del clínico.

#### DESCRIPCION DEL CASO.—

Pacientes varón de 19 años de edad, raza mestiza, soltero, natural de Andahuaylas (Apurímac), residente en la ciudad de Lima desde hace 18 años, desocupado; vino al servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Salud Mental;

“Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” en Diciembre de 1988 acompañado de sus padres, quienes informaron acerca del cuadro clínico; éste estaba caracterizado por un patrón habitual de comportamiento que se evidenció con claridad hacia los 13 años de edad y cuyas peculiaridades se habían acentuado en los últimos tres años, incluía:

- a. Hurto de dinero, valores y objetos en general, particularmente en casa, algunos de envergadura en cuanto a su valor, como joyas; el producto de lo hurtado era invertido en sus caprichos alimentarios, recreación y bebidas alcohólicas.
- b. Mendacidad pertinaz; formulación de mentiras casi constantemente, relativas a asuntos de cualquier especie, desde los triviales hasta los de evidente importancia, no necesariamente con el propósito de obtener beneficios materiales: por ejemplo, afirmar sin ningún sustento que gozó de un obsequio cualquiera o de una actividad recreativa, o asegurar que es comerciante de armas de fuego sin serlo, o llamar telefónicamente a los bomberos para que controlen un incendio inexistente.
- c. Desobediencia a las órdenes parentales y ruptura de las normas del hogar y la escuela; muy frecuentemente, salidas de casa en contra de la voluntad de los padres y, aún, fugas con ausentismo por horas, días, semanas o meses; ausentismo y luego abandono escolar. Entre otras manifestaciones de este tipo, por ejemplo, la hostilización telefó-

- nica de su abuela o el hecho de arrojar a un perro, mascota de la casa, desde un tercer piso.
- d. Circulación en grupos de homosexuales y relaciones homosexuales, con fines crematísticos y/o recreativos. Historia de imputación de intento de violación de un muchacho en una institución de menores.
  - e. Consumo habitual de bebidas alcohólicas, con escasas manifestaciones de abstinencia y ausencia de síntomas de dependencia.
  - f. Problemas con la ley: detención en comisarías por indocumentación y transgresiones menores y un período de tres meses de reclusión en una institución correccional por "abandono moral".

La intensificación de las manifestaciones mencionadas, con el natural incremento del riesgo social y del riesgo de grave afectación de la integridad psicofísica de la familia y del paciente, y el rechazo de éste al tratamiento especializado, motivaron su hospitalización. Al ingreso, el examen mental permitió verificar básicamente: hipoprosexia, actitud pasiva e indiferente y secuencias de pensamiento concreto, así como muy pobre autocrítica y propósito de cambio. En el curso de la hospitalización, comprobamos, casi constantemente, actitud manipuladora y formulación impulsiva de mentiras, aún sin finalidad aparente.

Los antecedentes más destacados, incluían hiperactividad, severos problemas de atención e impulsividad en la infancia, problemas en

el rendimiento y el comportamiento en la escuela y fracaso escolar; enuresis hasta los 12 años; además, datos de conducta amenazante y prepotente con niños menores y desobediencia en el ámbito familiar. Por estas manifestaciones, los padres consultaron a diferentes profesionales; el tratamiento nunca fue consistente ni regular.

Los exámenes auxiliares: hematología, bioquímica sanguínea, serología para lues, ELISA y EEG tuvieron resultados dentro de lo normal. El EKG concluyó: bradicardia sinusal moderada y trastorno de la repolarización ventricular inespecífica. La evaluación psicológica, en la que se utilizaron como pruebas: batería de pruebas neuropsicológicas, Bender, Wais, asociación de palabras, Machover, Rorschach, encontró un rendimiento intelectual fronterizo, marcado compromiso de la atención y de la coordinación visomotriz.

El diagnóstico que establecimos de acuerdo a los criterios de DSM III-R correspondió al de Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP). El paciente salió de alta el 2 de Marzo de 1989 y no regresó para su control al servicio de Consulta Externa. En Agosto de 1989, de acuerdo a la información alcanzada por su madre, el paciente se encontraba en prisión preventiva por la imputación de intento de violación a una niña de 2 años de edad.

## COMENTARIO

Asumimos que en el caso presentado, el TAP estuvo precipitado por un TDA con hiperactividad en

la infancia asociado a indicadores de desorden de conducta. Se ha sugerido que la presencia de síntomas conductuales en niños hiperactivos es un fuerte predictor de conducta antisocial en la adolescencia (CANTWELL, D. 1985) y ésta, a su vez, precede, a menudo, a la expresión de rasgos antisociales en la personalidad; el desarrollo de los síntomas en nuestro caso parece corresponder a este patrón.

La influencia de factores tales como la ausencia de tratamiento, problemas en la organización familiar y psicopatología parental, son importantes para la estructuración del trastorno de personalidad en cuestión, pero si consideramos las peculiaridades etiopatogénicas del TDA con hiperactividad en que aquel se va desarrollando nos preguntamos si estamos hablando del **mismo trastorno antisocial de la personalidad** que se presenta en ausencia de historia de hiperactividad; nos preguntamos si cualquiera sea la etiopatogenia de la personalidad antisocial su **identidad** se mantiene única o si esta identidad se organiza más bien respondiendo a determinados factores etiopatogénicos y concretamente, si la **identidad psicopatológica** de la personalidad antisocial que sucede al TDA con hiperactividad es la misma que aquella donde la naturaleza es distinta es decir primaria.

Aunque las manifestaciones psicopatológicas de la personalidad antisocial en general no ofrecen características específicas que orienten hacia determinadas presunciones etiológicas es posible que concomi-

tancias, como hallazgos neuropsicológicos y características clínicas como hipoprosexia o la presencia de impulsos irresistibles sistemáticos que, por ejemplo, se esbozaban frecuentemente en la formulación de mentiras por nuestro paciente, nos permitan avanzar hacia la identificación de una variedad de personalidad antisocial.

STRINGER Y JOSEF, han reportado casos que muestran declinación de la conducta agresiva en sujetos con TPA que fueron tratados con Metilfenidato (STRINGER, A.; JOSEF, N. 1983), y a su vez Wender y colaboradores encuentran un 57 o/o de respuesta favorable al tratamiento con Metilfenidato entre sujetos con el llamado TDA tipo residual (WENDER, P.; REIMHERR, F.; et al 1985). En ese sentido, debemos decir que se han establecido algunas características del llamado TDA tipo residual (WOODS, D. 1986) y aunque algunas de ellas puedan observarse en la personalidad antisocial, como pobre control de impulsos, en general no hay semejanza en la clínica de estos trastornos.

Al considerar estos estudios y otros sobre la actividad catecolaminérgica y neuroquímica en TDA con hiperactividad (SHEKIM, W.; DAVIS, L.; et al 1983) (SMALL, L. 1982) nos preguntamos si es posible que algunas manifestaciones del TAP respondan a los mismos factores etiológicos que los síntomas de TDA con hiperactividad a pesar de su distinta apariencia y por lo tanto sean pasibles de un mismo tratamiento farmacológico. Creemos que la indagación sistematizada

de los antecedentes y la exploración psicopatológica metódica y rigurosa del paciente con TAP podrían permitir la identificación de indicadores fenomenológicos, para la formulación de un perfil clínico particular del TAP e historia de TDA

con hiperactividad en la infancia y sostener la investigación y aplicación de modalidades terapéuticas que, como la farmacológica, podrían tener una definida participación en el control de la conducta antisocial.

—REFERENCIAS—

1. AMADO, H.; LUSTMAN, P. (1982) "Attention Deficit Disorder Persistent in Adults". *Comprehensive Psychiatric* 23:300-314.
2. CANTWELL, D. (1985) "Hyperactive Children Have Grown-up: what have we learned about what happens to them". *Archive of General Psychiatry* 42: 1026-1028.
3. DIAGNOSTIC AND STATICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. DSM III-R. The American Psychiatric Association, Washington D. C. 1987.
4. GITTELMAN, R.; MANNUZZA, S.; SHENKER, R.; BONAGURA, N.; (1985) "Hyperactive Boys Almost Grown-Up: Psychiatric Status". *Archives of General Psychiatry* 42: 937-947.
5. HALE, M.; HESSELBROCK, M.; HESSELBROCK, V. (1982) "Childhood deviance and sociopathy in alcoholism". *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*. 4: 33-36.
6. LAUFER, M.; SHETTY, T.; "Attention Deficit Disorder" (1980) en *Comprehensive Textbook of Psychiatry - III* Haplan, H.; Freedman, A.; Sadock, B. 38: 2538-2550.
7. OSTROFF, R.; NOVELLY, R.; (1982) "Adult Minimal Brain Dysfunction and antisocial personality disorder". *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*. 4: 147-148.
8. SATTERFIELD, H.; HOPPE, Ch.; SCHELL, A. (1982) "A prospective Study of Delinquency in 110 Adolescent Boys With Attention Deficit Disorder and 88 normal Adolescent Boys". *American Journal of Psychiatry* 139: 795-798.
9. SHEKIM, W.; DAVIS, L.; BYLUND, D.; BRUNNGRABER, E.; FIKES, L.; LANHAM, J.; (1982) "Platelet MAO in Children With attention deficit disorder and hyperactivity: A Pilot study. *American Journal of Psychiatry* 139: 936-938.
10. SMALL, L.; (1982) "The Minimal Brain Dysfunctions". Ed.
11. STRINGER, A.; JOSEF, N. (1983) Methylphenidate in the treatment of aggression in two patients with antisocial personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 140: 1365-1366.
12. WEISS, G.; HECHTMAN, L.; MILROY, T; PERLMAN, T. (1985) "Psychiatric Status of Hyperactive as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 Hyperactive Children". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 24: 211-220.
13. WENDER, P.; REIMHERR, F.; WOOD, D.; WARD, M. (1985) "A controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder, residual type, in adults. *American Journal of Psychiatry*, 142: 547-552.
14. WOOD, D.; WENDER, P.; REIMHERR, F. (1983) "The prevalence of attention deficit disorder residual type or minimal brain dysfunction in a population of male alcoholic patients". *American journal of Psychiatry* 140: 95-98.
15. WOOD, D. (1986) "The diagnosis and treatment of attention deficit disorder residual type" *Psychiatric Annals*. 16: 23-28.