

VALIDEZ DE LA ESCALA DE CRIBADO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ALCOHÓLICOS.

RELIABILITY OF THE ADULT ATENCION DEFICIT HIPERACTIVITY DISORDER SELF REPORT SCALE IN ALCOHOLICS.

Palacios-Garrán RA, Gibert-Rahola J.

CTA ARCA Cádiz; Dpto. de Neurociencias, Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz; CIBER del Área de Salud Mental, CIBERSAM.

Correspondencia: Juan Gibert-Rahola, Departamento de Neurociencias: Plaza falla 9, 11003 Cádiz. juan.gibert@uca.es.

Email address: juan.gibert@uca.es

RESUMEN

Fundamento y Objetivo: existe una importante comorbilidad entre el abuso o dependencia alcohólica y el trastorno por déficit de atención (TDAH). Las teorías biológicas apuntan a una mayor vulnerabilidad de los sujetos con déficit de atención a padecer un trastorno por abuso de sustancias (TUS), pero las cifras que aportan algunos investigadores sobre la prevalencia del TDAH entre sujetos con TUS parecen no ajustarse a la realidad clínica. El objetivo del estudio es valorar si los datos que nos ofrecen instrumentos diagnósticos como la escala de cribado del trastorno por déficit de atención (ASRS) son válidas cuando se aplican a una población de pacientes alcohólicos.

Material y métodos: estudio descriptivo de evaluación del cuestionario ASRS realizado en el centro de ayuda al alcoholismo ARCA de la ciudad de Cádiz. Participan en el mismo individuos que cumplen los criterios de abuso o dependencia de alcohol según DSM IV. Estos respondieron al cuestionario y el resultado se confirmó mediante una entrevista psiquiátrica. A los seis meses de la realización del cuestionario, se les pidió que lo repitieran y se compararon los resultados.

Resultados: la gran mayoría de los pacientes que dieron positivo en el cuestionario no presentaban un TDAH. Al repetirles el cuestionario las puntuaciones bajaron considerablemente.

Conclusión: la mayoría de los pacientes que puntuaron alto en el test TDAH al inicio eran falsos positivos; estos resultados se debían a un síndrome secundario debido al abuso de alcohol cuya sintomatología mejoró tras un periodo de desintoxicación y deshabituación alcohólica.

Palabras Clave: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno por uso de sustancias, alcoholismo.

SUMMARY

Background and Objectives: There is a significant comorbidity between alcohol dependence or abuse and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Biological theories point to increased vulnerability of subjects with attention deficit disorder to suffer from a disorder substance abuse (TUS), but the data provided by some researchers about the prevalence of AHDD among subjects with TUS seem not fit the clinical reality. The aims of this study is to assess whether the values that we provide diagnostic tools such as scale screening of attention deficit disorder (ASRS) are valid when applied to a population of alcoholic patients.

Material and Methods: A descriptive study and assessment of ASRS questionnaire conducted in alcoholism support center ARCA in Cadiz. Patients included in this study were individuals who meet the criteria for alcohol abuse or dependence according to DSM IV. They responded to

the questionnaire and the result was confirmed by a psychiatric interview. Within six months of the completion of the questionnaire, they were asked to repeat it and the results were compared.

Results: The vast majority of patients who tested positive in the questionnaire did not have ADHD. By repeating the questionnaire scores dropped significantly.

Conclusion: most patients who scored high on the test ADHD at baseline were false positives and these results were due to a secondary alcohol abuse syndrome whose symptoms improved after a period of abstinence.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, substance use disorder, alcoholism.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDHA) es el trastorno neurocomportamental más frecuente en la infancia. Esta patología suele presentarse en las primeras etapas de la vida y va evolucionando a lo largo de los años hasta la edad adulta. Los síntomas también van evolucionando, así como los problemas de interrelación social y familiar que derivan de estos síntomas^{1,2}.

Su prevalencia media a nivel mundial se ha estimado recientemente en torno al 5,3% en niños, aunque existen grandes diferencias que oscilan entre el 1% y el 20% según la fuente consultada^{3,4}. En España, se ha realizado un estudio a nivel de atención primaria que indica que un 12.5% de los sujetos cumplía criterios diagnósticos⁵.

Es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino entre la población general, con una proporción aproximadamente de 2:1 en niños y 1,6:1 en adultos. El sexo femenino tiene más tendencia que el masculino a presentar rasgos de inatención⁶.

El DSM IV establece tres subtipos según la combinación de síntomas presentados: combinado, inatento, hiperactivo-impulsivo⁷, pero el DSM-5 habla de presentaciones clínicas, que pueden variar a lo largo de la vida de paciente. Además aparece una nueva clasificación de gravedad según el número de síntomas y cómo interfieren en su vida cotidiana⁸.

En la etiología de la enfermedad intervendrían factores genéticos, ambientales, alteraciones neuroanatómicas y neuroquímicas que determinarían, no sólo en el origen de la enfermedad, sino también en la persistencia del trastorno en la edad adulta, la severidad de los síntomas, la comorbilidad asociada y el deterioro funcional que presentan estos individuos^{2,9}, siendo la heredabilidad muy elevada, alrededor del 76%¹⁰.

La hiperactividad del transportador presináptico tendría como consecuencia una rápida recaptación de los neurotransmisores impidiendo que contacten con el terminal postsináptico. La disminución de la actividad dopaminérgica en la vía meso-cortical estaría relacionada con la disminución de la concentración, la dificultad de organización, la planificación de actividades complejas y la dificultad de aprendizaje. En el caso del estriado ventral, estaría relacionado con el mantenimiento de la atención en la actividad que se está realizando. La vía nigro-estriatal estaría relacionada con la hiperactividad-impulsividad². Estas alteraciones pueden inducir cambios en las redes neuronales y la neuroplasticidad durante la infancia y la adolescencia, y mantenerse en la edad adulta, especialmente en la zona prefrontal y el vermis¹¹.

La sintomatología aparece en la edad escolar, con problemas en el colegio, alteraciones de conducta, dificultad para relacionarse y caída de la autoestima. En la adolescencia son

característicos los problemas judiciales, un aumento de la agresividad y un riesgo aumentado del consumo de sustancias¹².

Los sujetos con TDHA, comparados con los sujetos control sin TDHA, presentaban el triple de posibilidades de presentar dependencia hacia la nicotina, el doble de presentar criterios de abuso o dependencia al alcohol, el doble de presentar abuso o dependencia a la cocaína y, en general, era 2.5 veces más probable desarrollar un TUS¹. El tratamiento intensivo desde el diagnóstico sigue siendo la mejor opción preventiva para reducir el consumo¹³.

Existen varias teorías que intentan explicar la base biológica y ambiental de la relación entre el TDAH y el TUS. Por un lado, la impulsividad relacionada con el TDAH incrementa el riesgo de desarrollar un TUS. El trastorno de la impulsividad y la poca capacidad de juicio y reflexión llevan al paciente a probar las sustancias. Pero no solo eso, sino que el individuo con TDAH parece ser más vulnerable a las adicciones; como hemos dicho la transmisión dopaminérgica es el centro de los actuales modelos de estudios del TDAH. Ambos casos, TDAH y adicciones, podrían compartir mayor densidad de terminales dopaminérgicos, lo que puede llevar a un rápido aclaramiento y niveles bajos de dopamina¹⁴.

Al analizar la población de sujetos con trastornos por uso de sustancias, encontramos una prevalencia del 13.1%¹⁵, aunque algunos autores sugieren un 75% posiblemente debido a un sobre-diagnóstico⁴, ya que otras patologías médicas y psiquiátricas presentan síntomas que pueden ser interpretados como un TDAH. En otros casos se han utilizado instrumentos de detección sin una confirmación clínica posterior del diagnóstico¹⁶.

Wunderli et al. analizaron las deficiencias cognitivas y emocionales de adultos con TDAH y consumidores de cocaína. El grupo que dio peores resultados fue el que cumplía los dos criterios, seguido del de consumidores de cocaína sin TDAH. En tercera posición quedaron los afectados por TDAH y por último el grupo control, sin TDAH ni consumo de sustancias¹⁷.

En el caso del alcoholismo se estima que un 34% de los pacientes alcohólicos presentan déficits cognitivos consecuentes al alcohol, afectándose sobre todo la fluidez verbal, la inhibición de respuestas, el razonamiento abstracto, el aprendizaje y la memoria. Los estudios de neuroimagen confirman que el abuso de alcohol prolongado produce cambios globales en la morfología cerebral, tanto a nivel cortical como subcortical¹⁸.

Esta afectación cognitiva parece no ser permanente. En un meta-análisis en el que estudiaron 12 funciones cognitivas en 3 grupos de alcohólicos de acuerdo con el tiempo de abstinencia (cociente intelectual (CI), fluidez verbal, lenguaje, velocidad de procesamiento, memoria de trabajo, atención, solución de problemas (función ejecutiva), impulsividad e inhibición, aprendizaje verbal, aprendizaje visual, memoria visual y capacidades visuo-perceptivas) observaron que los otros grupos presentaban un deterioro moderado en los indicadores cognitivos, en el grupo abstinencia larga (más de un año) hallaron una tendencia a la normalización en la mayor parte de las funciones cognitivas¹².

Existen varios instrumentos disponibles para el cribado de TDAH en el adulto. La escala de cribado del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos 1.1 (ASRS v.1.1) es un cuestionario auto-administrado basado en los criterios del DSM IV¹⁹.

El ASRS v.1.1 presenta una sensibilidad moderada (68.7%) pero cuenta con una elevada especificidad: de un 99.5% para la población general; sin embargo, la utilidad de este test no ha sido suficientemente probada en pacientes con TUS²⁰.

HIPÓTESIS

Los pacientes que sufren un alcoholismo crónico presentan un déficit cognitivo consecuencia del daño neurotóxico del alcohol, que produce una sintomatología similar a la del TDAH; a diferencia de este trastorno crónico del neurodesarrollo, el déficit cognitivo es de aparición tardía y potencialmente reversible, lo que produce un aumento de los falsos positivos en la prueba.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo de evaluación del cuestionario ASRS para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes alcohólicos.

La base muestral utilizada para seleccionar la muestra será la población que ha acudido a solicitar ayuda por sus problemas con el alcohol durante los meses de enero a septiembre de 2015 al CTA-ARCA de Cádiz.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Cumplir los criterios diagnósticos del DSM-IV para la dependencia alcohólica o abuso.
- Tener cumplidos al menos 18 años de edad.
- Ser capaz de cumplimentar los instrumentos de evaluación indicados anteriormente.
- Firmar contrato terapéutico y acudir voluntariamente a la terapia.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que actualmente estén consumiendo alcohol y no muestren intención de abandonar dicho hábito.
- Pacientes mayores de 65 años.
- Fármacos prescritos que afectan al sistema nervioso central.
- Patologías neurológicas.

Atendiendo a la realidad clínica y al número de pacientes que visitaron ARCA en el periodo en el que se desarrolló este TFG se incluyeron tantos pacientes como nos fue posible, obteniéndose un número final de 111 pacientes.

Los datos se recogieron de la siguiente manera:

Variables sociodemográficas: a partir de los datos de la historia clínica se recogieron de forma protocolizada las variables sociodemográficas:

- Sexo: hombre o mujer
- Edad: expresada en años.
- Edad inicio consumo de alcohol: expresado en años
- Consumo Unidad Bebida Estandar/Semana (UBE/s). Se indicó el nº de UBEs que consume el paciente en la última semana.

Escala de Impulsividad de Estado (EIE):

Validado en español, consta de 20 ítems y permite medir la conducta impulsiva como estado.

Cuestionario ASRSv1.1 Pre-tratamiento :

La evaluación inicial de todos los sujetos se llevó a cabo en el marco de la evaluación pretratamiento. El test consta de 18 ítems, los 6 primeros constituyen la sección A y los 12 siguientes la sección B. Se considera positivo si puntúa en cuatro o más ítems en las 6 preguntas de la sección A. La Sección B nos provee datos adicionales y puede servir como una prueba más de los síntomas del paciente.

En la sección A los cuatro primeros *ítems* evalúan síntomas de inatención y los dos últimos, hiperactividad. En la sección B, evalúan síntomas de inatención los cinco primeros ítems e hiperactividad los siete siguientes. Del mismo extraeremos las siguientes variables:

- Puntuación sección A.
- Puntuación total: sumando el resultado de la sección A y B.
- Puntuación total desatención: suman de las puntuaciones en los ítems relativos a desatención en las secciones A y B.
- Puntuación total hiperactividad: suma de las puntuaciones en los ítems relativos a hiperactividad en las secciones A y B.

Confirmación diagnóstica:

Tras la realización del cuestionario, un psiquiatra experto en la materia confirmó el resultado del test, siendo este nuestro patrón de oro.

Cuestionario ASRSv1.1 Post-tratamiento:

Tras 6 meses en el programa de desintoxicación y deshabitación alcohólica, se les pidió a los pacientes que dieron positivo en el cuestionario ASRS inicial que volvieran a realizarlo, recogiendo las mismas variables que en el cuestionario pretratamiento.

Sesgos:

Consumo de otras drogas: dado que además del alcohol, otras sustancias pueden inducir trastornos neurocognitivos, se interrogó a los pacientes sobre el consumo de alguna sustancia: cocaína, marihuana, hachís, drogas de diseño (LSD, éxtasis, MDA), heroína, metadona, inhalantes (pegamento, éter), tranquilizantes no recetados. No se incluyó el tabaco dentro de estas sustancias.

Se recogió de las historias clínicas la presencia de alguna otra patología psiquiátrica. Estas podrían tener síntomas coincidentes con el TDAH que nos lleven a un falso positivo en el test.

Recogida de datos y Análisis estadístico

Se sistematizó la información en una hoja de Excel y se utilizaron los programas PASW STATISTICS v 18.0. y Epidat 4.1 para su análisis estadístico.

Para comenzar se realizó un estudio descriptivo de la muestra: porcentaje de pacientes que dieron positivo y negativo en el cuestionario ASRSv1.1. pre-tratamiento, frecuencia de cada sexo, consumo de otras sustancias o la presencia de patología dual. Se calculó la media de edad, edad de inicio de consumo de alcohol, de consumo y de la puntuación obtenida en cuestionario EIE. Todas estas variables se recalcularon diferenciadas por el resultado positivo o negativo en el cuestionario ASRSv1.1 pretratamiento.

Posteriormente se realizan pruebas de fiabilidad (alfa de Cronbach), de validez externa (valor predictivo positivo y valor predictivo negativo) y de validez interna (sensibilidad y especificidad).

Para analizar la diferencia de resultados de los pacientes que dieron positivo en el cuestionario ASRSv1.1 pre-tratamiento y post-tratamiento, se calculó la comparación de medias emparejadas mediante la t de Student, comparando por separado los resultados del sumatorio total de la puntuación del test, el resultado en la sección A, la puntuación de síntomas de hiperactividad y la puntuación de síntomas de desatención.

Finalmente, por si había relación entre dar positivo en el cuestionario ASRSv1.1 pretratamiento y los factores de confusión, se calculó la Chi cuadrado de los datos de patología dual y consumo de sustancias.

ASPECTOS ÉTICOS

Todos los pacientes han firmado un consentimiento informado para la utilización de sus datos, así como un compromiso terapéutico en el que se comprometen con su proceso de rehabilitación.

El estudio cumple con los criterios recogidos en la Ley 14/2007 del 3 de Julio, de investigación Biomédica, y en la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de documentación clínica, publicadas en el Boletín Oficial del Estado (BOE).

Se cumplen con los criterios éticos de la “Declaración de Helsinki”, divulgada por la Asociación Médica Mundial (WMA), para la investigación médica en seres humanos.

El proyecto ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética para la Investigación de Cádiz.

RESULTADOS

Del total de pacientes estudiados, un 34,2% (38/111) obtuvo un resultado positivo en el cuestionario ASRS. El 82% (91/111) eran hombres y el 30,8% (28/91) dieron positivo en la prueba para TDAH. De las mujeres dieron positivo el 50% (10/20).

La edad media fue de 49,6 (IC 95% 48,8 - 57,7). En los positivos fue de 48,5 años (IC95% 40,3 - 57,2) y de 50,2 años en los negativos (IC 95% 42,6 - 57,8). En cuanto a la edad de inicio al consumo de alcohol, la media del total fue de 16,4 años (IC95% 13 - 19,8): 16 años (IC95% 12,8 - 19,2) en los positivos y de 16,7 años en los negativos (IC95% 13,1 - 20,3).

El consumo medio de alcohol era de 91,1 UBE/semana (IC95% 53,6 - 128,6), 91 UBE/semana los positivos (IC95% 57,4 - 124,6) y 91,2 UBE/semana (IC95% 51,4 - 131) en los negativos.

Un 24,3 % del total (27/111) consumían otras sustancias además de alcohol: un 40,5% los positivos consumía otras sustancias y un 16,4% los negativos. El 28,8% (32/111) presentaban una patología dual: un 36,8% de los positivos y un 24,7% de los negativos.

En el test EIE, la media de los hombres fue de 20,9 (IC95% 6,1 - 35,7) y 21,2 (IC95% 5,9 - 36,5) en mujeres. En los positivos, la media en hombres fue de 27,7 (IC95% 14,4 - 41) y 33,1 (IC95% 18,3 - 47,9) en mujeres. En los negativos TDAH, la media fue de 17,6 (IC95% 3,2 - 32) en hombres y 12,5 (IC95% 6,2 - 18,8) en mujeres.

Tabla 1: media de los resultados de los diferentes datos en los pacientes positivos para el test TDH y en los pacientes negativos para el mismo test.

	TEST TDAH POSITIVO	TEST TDAH NEGATIVO
HOMBRES	73,7 %	86,3 %
MUJERES	26,3 %	13,7 %
CONSUMO MEDIO ALCOHOL	91 (±33,6) UBE/sem	91,2 (±39,8) UBE/sem
EDAD	48,5 (±8,7) años	50,2 (±7,8) años
EDAD INICIO ALCOHOL	16 (±3,2) años	16,7 (±3,6) años
CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS	40,5 %	16,4 %
OTRA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA	36,8 %	24,7 %
TEST "EIE" EN HOMBRES (positivo ≥ 17)	27,7 (±13,3) puntos	17,6 (±14,4) puntos
TEST "EIE" MUJERES (positivo ≥ 14)	33,1 (±14,8) puntos	12,5 (±6,3) puntos

Pruebas de fiabilidad y validez

El Alfa de Cronbach fue de 0,77. La prevalencia para TDAH encontrada es del 0,9%. La sensibilidad y especificidad de la prueba a partir de nuestra muestra nos da los siguientes resultados:

- Sensibilidad: 100%
- Especificidad: 66,4%
- Valor Predictivo Positivo: 2,63%
- Valor Predictivo Negativo: 100%
- Tasa de falsos positivos: 97,37
- Tasa falsos negativos: 0%

Tabla 2: tabla de contingencia comparando los resultados en el Test para TDAH con el diagnóstico por el psiquiatra para TDAH (patrón de oro).

			Dx		Total
			SIN TDAH	TDAH	
TEST	NEGATIVO	Recuento	73	0	73
		% dentro de Dx	66,4%	0,0%	65,8%
	POSITIVO	Recuento	37	1	38
		% dentro de Dx	33,6%	100,0%	34,2%
Total		Recuento	110	1	111
		% dentro de Dx	100,0%	100,0%	100,0%

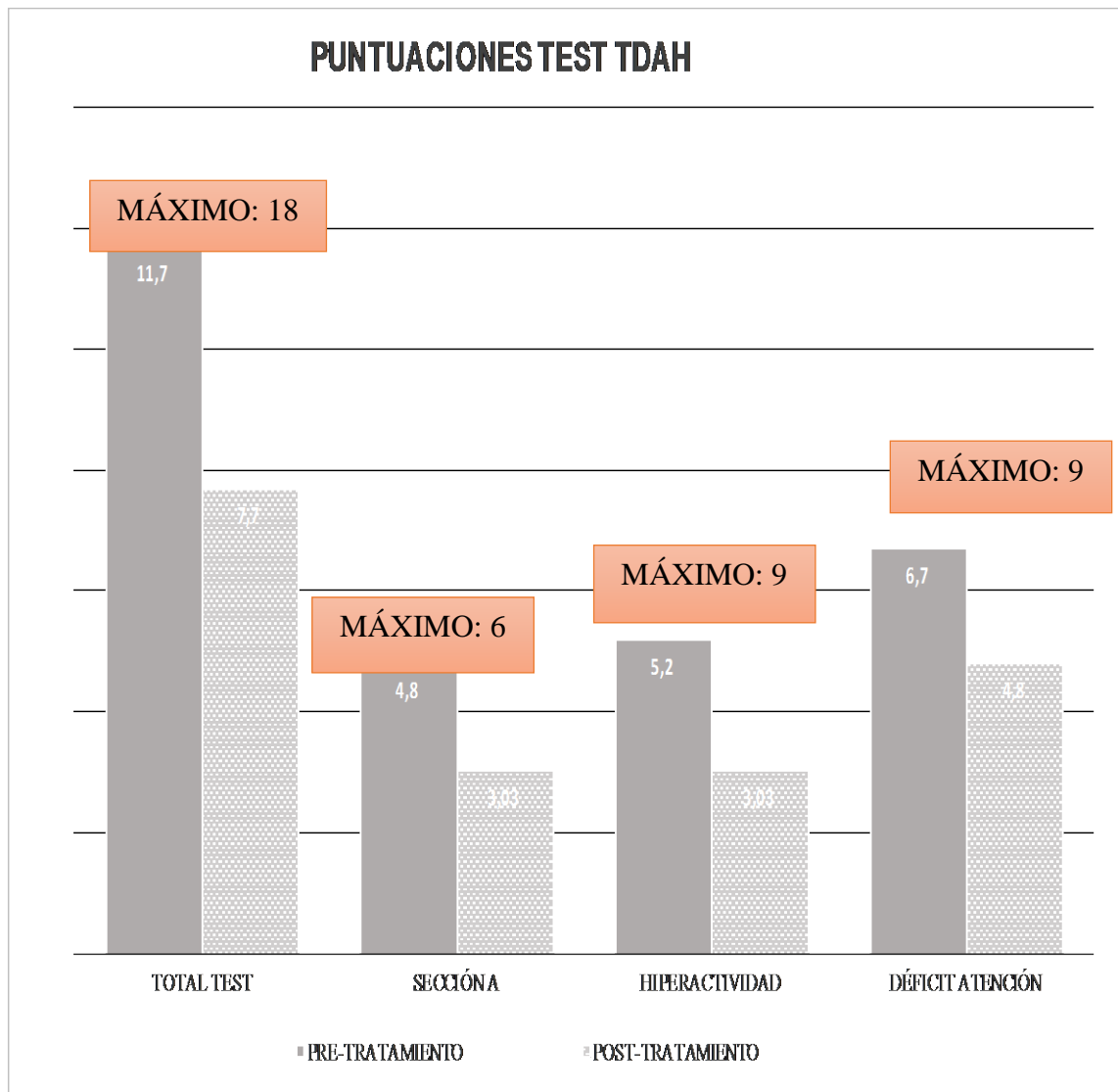
Fuente: elaboración propia a partir de tabla obtenida con el programa PASW STATISTICS © v 18.0.

Puntuación en el test para TDAH pre-tratamiento y post-tratamiento

Tabla 3: media de puntuación en las diferentes partes del test para TDH y en el total del test pre-tratamiento y post-tratamiento.

VARIABLES	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN MÁXIMA POSIBLE
Total pre-tratamiento	11,7 ±3,7	18
Total post-tratamiento	7,7 ±4,5	18
Sección A pre-tratamiento	4,8 ±0,7	6
Sección A post-tratamiento	3,0 ±1,6	6
Hiperactividad pre-tratamiento	5,2 ±2,3	9
Hiperactividad post-tratamiento	3,0 ±1,7	9
Déficit atención pre-tratamiento	6,7 ±1,9	9
Déficit atención post-tratamiento	4,8 ±3,1	9

GRÁFICO 1: COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.



Diferencias de puntuación pre y post-tratamiento

a. Diferencia del total de puntos pre y post-tratamiento

Al realizar la prueba t de Student para datos pareados para comparar el valor total del test pre-tratamiento y post-tratamiento, obtuvimos una diferencia de 3,97 puntos ($p=0,000$), siendo mayor para el valor pre-tratamiento.

b. Diferencia entre la sección A pre-tratamiento y post-tratamiento:

En las puntuaciones de la sección A del test en el pre-tratamiento y post-tratamiento, obtuvimos una diferencia de 1,79 puntos, siendo mayor en pre-tratamiento, un resultado altamente significativo ($p=0,000$) al aplicar la t de Student para datos pareados.

c. Diferencia entre el apartado de hiperactividad pre-tratamiento y post-tratamiento

Utilizando la t de Student para datos pareados, la diferencia fue de 2,17 puntos ($p=0,000$), en el apartado de hiperactividad pre-tratamiento y post-tratamiento, siendo mayor en pre-tratamiento.

d. Diferencia entre el apartado de déficit de atención pre-tratamiento y post-tratamiento

Con la misma prueba estadística, en el apartado de déficit de atención pre-tratamiento y post-tratamiento, la diferencia fue de 1,93 puntos ($p=0,003$), siendo mayor en pre-tratamiento.

Sesgos

Al analizar la posible relación entre el consumo de otras sustancias y el resultado del test para TDAH, obtuvimos que la frecuencia de positivos en los consumidores de otras sustancias fue de 55,6% frente al 27,4% en los que no consumían otras sustancias, con un valor de Chi-cuadrado de 7,204 y $p=0,007$, por lo que sí existe una relación significativa entre el consumo de otras sustancias y el resultado en el test para TDAH.

			Sustancias		Total
			CON SUSTANCIAS	SIN SUSTANCIAS	
TEST	NEGATIVO	Recuento	61	12	73
		% dentro de Sustancias	72,6%	44,4%	65,8%
	POSITIVO	Recuento	23	15	38
		% dentro de Sustancias	27,4%	55,6%	34,2%
Total		Recuento	84	27	111
		% dentro de Sustancias	100,0%	100,0%	100,0 %

Tabla 4: tabla de contingencia para comparar la frecuencia de positivos en el test para TDAH dependiendo del consumo de otras sustancias.

La frecuencia de positivos en los que padecían otra patología fue de 43,8% frente al 30,4% de los que no padecían otra patología, con un valor de Chi-cuadrado de 1,808 y $p=0,179$, por lo que no existiría una relación significativa.

Tabla 5: tabla de contingencia para comparar la frecuencia de positivos en el test para TDAH dependiendo de la presencia de patología dual.

			PATOLOGÍA DUAL		Total
			<u>SIN</u> PATOL DUAL	<u>CON</u> PATOL DUAL	
TEST	NEGATIVO	Recuento	55	18	73
		% dentro de PS	69,6%	56,3%	65,8%
	POSITIVO	Recuento	24	14	38
		% dentro de PS	30,4%	43,8%	34,2%
Total		Recuento	79	32	111
		% dentro de PS	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de tabla obtenida con el programa PASW STATISTICS © v 18.0.

DISCUSIÓN

La prueba se sigue mostrando como un instrumento útil para el cribado de TDAH, incluso en una población con trastorno por uso de sustancias. En las pruebas de fiabilidad, obtuvo un Alfa de Cronbach suficiente para garantizar la estabilidad de la escala (0,77), por lo que realmente la prueba mide los síntomas del TDAH; el problema está en que estos síntomas son coincidentes con los de otras patologías frecuentes en el paciente alcohólico. Las pruebas de fiabilidad diagnóstica mostraron una sensibilidad muy alta, aunque escasa especificidad (66,4%), un valor predictivo muy bajo (2,63%) y un gran número de falsos positivos (97,37%). A pesar de que estos resultados no son óptimos, esto no invalida la prueba, pues mostró una sensibilidad muy elevada y ningún falso negativo en comparación con el patrón de oro. Estamos ante un test sensible que genera muchos falsos positivos, pero su rentabilidad está en que el resultado sea negativo. Lo podremos usar como herramienta de cribado ya que los falsos positivos no suponen un trauma psicológico para los individuos examinados y según indica la bibliografía, el diagnóstico y tratamiento del TDAH mejoraría la recuperación del paciente respecto al alcoholismo y evitaría recaídas¹². Sin embargo, es importante que el clínico o el investigador tengan en cuenta las limitaciones de la prueba, siendo una herramienta diagnóstica que orienta sobre la patología que puede presentar el paciente, siendo imprescindible profundizar más en los síntomas para un correcto diagnóstico.

Al analizar nuestra muestra se encontró que un 34,2% de los pacientes presentaban síntomas coincidentes con TDAH, lo cual iría en la línea de los autores que hablan de cifras de prevalencia entre el 10 y el 40%¹⁵; sin embargo, al confirmar el resultado de la prueba vemos como esa prevalencia se reduce al 0,9%. Algunos autores hablan de que existe un sesgo en la literatura debido a que las investigaciones más importantes están realizadas por autores que declaran vínculos con la industria farmacéutica⁴. Más allá de estas acusaciones tendenciosas, lo cierto es que si nos hubiéramos quedado en un análisis meramente descriptivo de nuestra muestra, sin profundizar más en los resultados, hubiéramos obtenido datos muy alarmantes sobre la comorbilidad entre TDAH y alcoholismo. Con esto solo podemos destacar la importancia de verificar los materiales y métodos seguidos a la hora de revisar la literatura.

En el análisis de la muestra resultó llamativo que aunque el TDAH es una patología más frecuente en hombres, nuestra prueba dio una frecuencia mayor de resultados positivos entre mujeres (50% ♀ vs 30,8% ♂), lo que apuntaría a que el sexo femenino presenta una mayor predisposición a desarrollar un deterioro cognitivo inducido por alcohol.

No se encontraron diferencias significativas entre la media de edad de los pacientes con resultado positivo o negativo en el test, ni en relación a su consumo medio de UBE/semana. Tampoco se encontraron diferencias significativas respecto en la edad de inicio de consumo, lo cual va en contra de los estudios que apuntan a que el tiempo que llevan los pacientes consumiendo supone un factor de riesgo para desarrollar un trastorno neurocognitivo inducido por sustancias.

Donde sí encontramos significación estadística fue al comparar las medias pareadas de los resultados del cuestionario ASRS pretratamiento y post-tratamiento. En la puntuación global del test, el grupo con resultados positivos para la prueba partía de una media de 11,7 puntos sobre 18. Al repetirles la prueba, la puntuación media baja hasta 7,7 sobre 18, una diferencia de 4 puntos que supone una disminución importante de los síntomas compatibles con TDAH. Lo mismo ocurre al desglosar las distintas secciones del test. En la sección A, el grupo de los positivos presentaba una puntuación media de 4,8 sobre 6, una puntuación considerada como

positiva para la prueba. Si observamos esta misma sección en el post-tratamiento, vemos que la media se reduce hasta 3,03 sobre 6, por lo que aunque algunos pacientes siguieron dando positivo para la prueba, la media del grupo se negativiza. Al separar la prueba en secciones según se refirieran a síntomas de hiperactividad o desatención, vemos que en la muestra los síntomas de desatención eran más frecuentes que los de hiperactividad (6,7/9 desatención vs 5,2 hiperactividad). Ambos componentes se redujeron en el post-tratamiento: 1,93/9 puntos la desatención y 2,17/9 puntos la hiperactividad.

Estos datos parecen confirmar la hipótesis de que los pacientes que sufren un alcoholismo crónico pueden presentar un déficit cognitivo consecuencia del daño neurotóxico del alcohol y manifestarse con una sintomatología similar a la del TDAH lo que produce un aumento de los falsos positivos en la prueba. Sin embargo, a diferencia del TDAH, el déficit cognitivo es de aparición tardía y potencialmente reversible.

Los pacientes que padezcan de una acusada dificultad para regular su conducta, lo que facilitará la proliferación de experiencias negativas y, en último término, una vulnerabilidad biológica y psicosocial para desarrollar una conducta adictiva. Sin embargo, la mayor parte de los sujetos experimentan dificultades en la inhibición de su conducta y déficits en el mantenimiento de la atención, la programación de tareas, el ajuste a planes preestablecidos y otros síntomas y signos que pueden semejar un TDAH. No obstante, un mero diagnóstico sindrómico de TDAH puede resultar innecesario, cuando no erróneo y peligroso para el paciente en la medida en que se insista en aplicar tratamientos que han mostrado efectividad en verdaderos TDAH, tanto para el paciente como para el propio sistema sanitario. Por ello algunos autores recomiendan introducir en el ámbito de las adicciones estrategias de rehabilitación cognitiva que ayuden a optimizar las actuales intervenciones terapéuticas⁴.

En relación con la EIE, la impulsividad es un rasgo característico del TDAH, pero también es frecuente en trastornos relacionados con el consumo de sustancias, de trastornos psiquiátricos, de enfermedades médicas o tratamientos farmacológicos como los agonistas dopaminérgicos. En nuestra muestra se observa que los pacientes del grupo positivo para el test muestran resultados significativamente superiores a los que dieron negativo en la prueba, lo que significaría que la impulsividad también es una propiedad de este posible síndrome secundario al abuso de sustancias.

Respecto a los posibles factores de confusión se vio una relación importante entre el consumo de otras sustancias. De los pacientes que consumían otras sustancias el 55,6% dio positivo en el test, frente al 27,4 para los no consumidores, mostrando significación estadística ($p=0,007$) que afirma que existe una relación significativa entre las dos variables. Esto supondría que los pacientes que consumen alcohol junto a otra sustancia de abuso presentaría el doble de riesgo de desarrollar una trastorno neurocognitivo. Por otro lado, aunque los resultados positivos en el test fueron más frecuentes entre los pacientes que sufrían de una patología dual (43,8% sí patología dual vs 30,4% no patología dual), el contraste de hipótesis no nos muestra una significación estadística suficiente ($p=0,179$), con lo cual no podemos asegurar que exista relación.

El estudio ha sido realizado en un único centro, lo que restringe el acceso a pacientes y supone contar con un tamaño muestral reducido, un obstáculo a la hora de lograr significación estadística. Sin embargo, los resultados obtenidos resultan muy llamativos, por lo que sería deseable repetir la metodología en un mayor número de pacientes.

CONCLUSIONES

1. El cuestionario ASRS se ha mostrado como una prueba válida en pacientes alcohólicos.
2. Los resultados orientan a un probable sobre-diagnóstico de TDAH entre pacientes alcohólicos causado por deficiencias diagnósticas.
3. Los pacientes que dan positivo en la prueba podrían presentar un síndrome secundario al abuso de alcohol en el que se presentan síntomas de hiperactividad, desatención e impulsividad. Las mujeres parecen ser más sensible a este síndrome, así como los sujetos que consumen otro tipo de sustancia.
4. Tras un periodo de abstinencia los sujetos mejoran de su sintomatología, por lo que el alcoholismo crónico parece ser responsable de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harstad E, Levy S. Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Pediatrics*. 2014;134(1): 293–301.
2. Gibert J, Álvarez E, Baca E, Bobes J., Casais L, Cuenca E, et al. Psicoestimulantes. In: Gibert J, editor. *Lo que siempre quiso saber sobre psicofármacos y nunca se atrevió a preguntar*. 4ª Edición ed. Madrid: Aula Médica; 2006. p. 420-446.
3. Morais Nogueira M. Instrumentos de evaluación y diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adultos: Clínica y estudio de la comorbilidad con los trastornos por uso de sustancias (TUS) [tesis doctoral]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2014
4. Pedrero Pérez EJ, Puerta García C, Rojo Mota G, Ruiz Sánchez de León, JM; Llanero Luque M, Olivar Arroyo Á. Déficit de atención e hiperactividad en adultos con adicción a sustancias: ¿TDAH o síndrome secundario al abuso de sustancias? *Rev Esp Drogodependencias* 2009 2009; 34(1):32-45.
5. Aragonès E, Cañisá A, Caballero A, Piñol-Moreso JL. Screening for attention deficit hyperactivity disorder in adult patients in primary care. *Rev Neurol*. 2013;56(9):449–55.
6. Cortese S, Faraone S V, Bernardi S, Wang S, Blanco C. Gender differences in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2016;77(4):421–8.
7. American Psychiatric Association. *Manual de Diagnóstico y estadísticas de desórdenes mentales*. 4ª ed. Washington, DC: Masson; 1994.
8. American Psychiatric Association. *Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
9. Franke B, Faraone S V, Asherson P, Buitelaar J, Bau CHD, Ramos-Quiroga JA, et al. The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Mol Psychiatry*. 2012;17(10):960–87.

10. Akutagava-Martins GC, Salatino-Oliveira A, Kieling CC, Rohde LA, Hutz MH. Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: current findings and future directions. *Expert Rev Neurother.* 2013;13(4):435–45.
11. Corominas-Roso M, Ramos-Quiroga JA, Ribases M, Sanchez-Mora C, Palomar G, Valero S, et al. Decreased serum levels of brain-derived neurotrophic factor in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2013;1–9.
12. Marshall EJ, Humphreys K, Ball DM. *The treatment of drinking problems*, 5^a ed. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press. 2010
13. McCabe SE, Veliz P, Boyd CJ. Early exposure to stimulant medications and substance-related problems: The role of medical and nonmedical contexts. *Drug Alcohol Depend.* 2016;163:55–63.
14. Viswanath H, Velasquez KM, Savjani R, Molfese DL, Curtis K, Molfese PJ, et al. Interhemispheric insular and inferior frontal connectivity are associated with substance abuse in a psychiatric population. *Neuropharmacology.* 2015;92:63–8.
15. Van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, Smit F, Crunelle CL, Swets M, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2012;122(1-2):11–9.
16. Van de Glind G, van den Brink W, Koeter MWJ, Carpentier P-J, van Emmerik-van Oortmerssen K, Kaye S, et al. Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients. *Drug Alcohol Depend.* 2013;132(3):587–96.
17. Wunderli MD, Vonmoos M, Niedecker SM, Hulka LM, Preller KH, Baumgartner MR, et al. Cognitive and emotional impairments in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and cocaine use. *Drug Alcohol Depend* [revista electrónica]. 2016 Apr 7 [consultado 13 Feb 2016]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/300420860_Cognitive_and_emotional_impairments_in_adults_with_attention-deficithyperactivity_disorder_and_cocaine_use
18. Pascual Pastos F, Guardia Serecigni J, Pereiro Gómez C, Bobes García J. *Alcoholismo. Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la EVIDENCIA CIENTÍFICA.* 3^a Edición ed. Madrid: SANED; 2013
19. Ramos-Quiroga JA, Daigre C, Valero S, Bosch R, Gómez-Barros N, Nogueira M, et al. Validation of the Spanish version of the attention deficit hyperactivity disorder adult screening scale (ASRS v. 1.1): a novel scoring strategy. *Rev Neurol.*2009;48(9):449–52.
20. West SL, Mulsow M, Arredondo R. Factor Analysis of the Attention Deficit Scales for Adults (ADSA) with a clinical sample of outpatient substance abusers. *Am J Addict.* 2003;12(2):159–65.