

ORIGINAL

Prevalencia de síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adolescentes y adultos jóvenes con otros trastornos psiquiátricos refractarios a tratamientos previos



Raquel Vidal^{a,b,◇}, Víctor Barrau^{a,◇}, Miguel Casas^{a,b}, María Caballero-Correa^c, Pedro Martínez-Jiménez^c y Josep Antoni Ramos-Quiroga^{a,b,*}

^a Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitari Vall d'Hebron, CIBERSAM, Barcelona, España

^b Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, España

^c Departamento Médico, Janssen-Cilag, S.A, Madrid, España

Recibido el 30 de octubre de 2013; aceptado el 22 de marzo de 2014

Disponible en Internet el 13 de junio de 2014

PALABRAS CLAVE

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad;
Adolescentes;
Adultos;
Comorbilidad;
Refractario

Resumen

Introducción: El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adolescentes y adultos jóvenes diagnosticados de otros trastornos psiquiátricos primarios que no habían respondido a tratamientos previos.

Material y métodos: Se incluyeron 795 pacientes ambulatorios de 15-24 años. Se estudió la presencia de un TDAH según los criterios DSM-IV y la frecuencia de los síntomas utilizando la escala de valoración del TDAH de DuPaul de 18 ítems.

Resultados: Se objetivó la presencia de un TDAH (criterios DSM-IV) en 48 pacientes (6%), ninguno de los cuales previamente había recibido este diagnóstico. Un total de 260 pacientes (32,7%) presentaron síntomas moderados de TDAH y en ellos la gravedad del trastorno psiquiátrico de base era mayor según la ICG-5 ($p = 0,007$). Los factores de riesgo para tener síntomas moderados de TDAH fueron la presencia de trastornos por uso de sustancias (TUS) (odds ratio = 1,543; $p = 0,01$) y de trastorno límite de la personalidad (odds ratio = 2,173; $p = 0,0001$).

Conclusiones: El TDAH no diagnosticado previamente estaba presente en el 6% de los pacientes, observándose asimismo una elevada frecuencia de síntomas moderados del trastorno (32,7%) en la muestra. Por estos motivos sería recomendable hacer un minucioso estudio del TDAH en los jóvenes refractarios al tratamiento del trastorno primario, principalmente en aquellos con trastornos por uso de sustancias, trastornos de conducta y de personalidad, debido a la elevada comorbilidad entre el TDAH y estos trastornos.

© 2013 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jaramos@vhebron.net (J.A. Ramos-Quiroga).

◇ Contribuyen de la misma forma en el artículo.

KEYWORDS

Attention deficit/hyperactivity Disorder;
Adolescents;
Adults;
Comorbidity;
Refractory

Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in outpatient adolescents and young adults with other psychiatric disorders refractory to previous treatments

Abstract

Introduction: The aim of the current study was to assess the prevalence of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adolescents and young adults diagnosed with other primary psychiatric disorders, who had not responded to previous treatments.

Material and methods: A total of 795 outpatients aged 15 to 24 years were included. The presence of ADHD was studied using DSM-IV criteria and the frequency of symptoms using the 18 item DuPaul ADHD Rating Scale.

Results: ADHD (DSM-IV criteria) was present in 48 patients (6%), none of whom had previously received the diagnosis. A total of 260 patients (32.7%) met the criteria for moderate ADHD and between them, severity of primary psychiatric disorder was higher according to the CGI-S ($P = .007$). Risk factors for moderate ADHD symptoms were the presence of substance use disorders (SUD) (odds ratio = 1.543, $P = .01$) and borderline personality disorders (odds ratio = 2.173, $p = .0001$).

Conclusion: Unrecognized ADHD was present in 6% of patients; moreover 32.7% of the sample also presented moderate symptoms of the disorder. Screening for ADHD in young patients with refractory response to primary disorder treatment, mainly those with substance use disorders, conduct and personality disorders is highly advisable, due to the high frequency of ADHD comorbidity in these psychiatric disorders.

© 2013 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se da aproximadamente en el 5,3% de los niños y adolescentes¹, y el 50-70% de los afectados sigue presentando sintomatología significativa del trastorno durante la adolescencia y el principio de la edad adulta². La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo de la vida que va de los 10 a los 19 años, y la juventud como el periodo que va de los 15 a los 24 años³. Las dificultades que experimentan los adolescentes como resultado del TDAH pueden intensificarse debido a las demandas y expectativas crecientes que se dan en esta fase de la vida⁴.

La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como los trastornos por uso de sustancias, los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, el trastorno negativista desafiante, el trastorno límite de la personalidad o los trastornos de conducta puede estar presente hasta en el 70% de los niños y adolescentes con TDAH⁵⁻⁷. Por ejemplo, las estimaciones de la comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias y el TDAH en centros de tratamiento para las adicciones van desde el 30% al 50%⁸. De hecho, los trastornos por uso de sustancias pueden estar presentes posteriormente en la vida hasta en el 35% de los adolescentes con TDAH⁹. La presencia de enfermedades psiquiátricas comórbidas se asocia con una importante morbilidad adicional y complica el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico del TDAH⁹, por lo que es importante identificarlas y tratarlas.

Por otro lado, se ha observado una elevada frecuencia de TDAH en adolescentes en los que se ha diagnosticado un trastorno psiquiátrico, aunque en muchas ocasiones no se detecta o no se trata¹⁰ y que el 6,5-25,4% de los adultos con un diagnóstico psiquiátrico cumple también criterios de TDAH¹¹. Los 4 diagnósticos psiquiátricos más prevalentes

relacionados con tasas elevadas de TDAH son los trastornos por uso de sustancias, el trastorno bipolar, la agorafobia y la distimia. Así, en el programa de tratamiento sistemático STEP-BD del National Institute of Mental Health, se observó que en una muestra de 1.000 adultos con trastorno bipolar, la prevalencia a lo largo de la vida del TDAH comórbido fue del 9,5%¹². En una muestra de 161 pacientes psiquiátricos adultos ambulatorios no psicóticos, la prevalencia del TDAH fue del 16,8%¹³. Los pacientes con trastornos por consumo de sustancias también tienen una probabilidad significativamente mayor de presentar un TDAH (el 25,4% frente al 4% de los que no presenten ningún otro trastorno psiquiátrico)¹⁴.

Aunque la prevalencia total del TDAH es entre 2 y 7 veces más elevada en los adultos con enfermedades psiquiátricas¹⁵, la información acerca de la prevalencia del TDAH en adolescentes y adultos jóvenes diagnosticados de otras enfermedades psiquiátricas es muy escasa¹⁶⁻¹⁹. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de los síntomas de TDAH en adolescentes y adultos jóvenes diagnosticados de otros trastornos psiquiátricos primarios que no responden suficientemente al tratamiento de estos trastornos. Este es el primer estudio que evalúa la presencia de síntomas de TDAH en una muestra de jóvenes con otros trastornos psiquiátricos y que han presentado una mala respuesta al tratamiento.

Material y método**Diseño del estudio**

Se diseñó un estudio transversal cuyo objetivo principal fue determinar la prevalencia y la intensidad de los síntomas de TDAH en adolescentes/adultos jóvenes (15-24 años) con

otro diagnóstico psiquiátrico y una respuesta insuficiente al tratamiento de su trastorno. Los objetivos secundarios del estudio eran los siguientes: a) evaluar la prevalencia y la intensidad de los síntomas del TDAH en los diferentes grupos de jóvenes dependiendo de su diagnóstico psiquiátrico principal y b) evaluar si había diferencias en el consumo de drogas de abuso entre los pacientes con o sin síntomas del TDAH.

El presente estudio se realizó en centros de salud mental y en unidades psiquiátricas públicas de toda España. En total participaron 180 centros: 64 centros de salud mental de adultos (35,55%), 59 centros de salud mental infantil y juvenil (32,77%), 22 centros de atención y seguimiento para el consumo de tóxicos (12,22%), 12 unidades de trastornos de conducta alimentarios (6,66%) y 23 unidades de adicciones de adolescentes (12,77%).

Se pidió a los médicos participantes de cada centro (N=180) que a lo largo de un periodo de 2 meses enrolaran a los 5 primeros pacientes ambulatorios consecutivos que consultaran con trastornos no psicóticos, de forma que la distribución de las tasas de reclutamiento en los centros fuera homogénea. Se evaluaron todos los pacientes que cumplían los criterios de selección durante el periodo de estudio (N=835) excepto aquellos pacientes que presentaban trastornos psicóticos. El estudio fue aprobado por el Comité Ético del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona. Después de explicar en qué consistía el estudio, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes o de sus padres o tutores en los menores de 18 años.

Participantes

Entre el 30 de abril y el 30 de junio de 2012 se incluyó en el estudio a adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos y edades de entre 15 y 24 años diagnosticados de uno o más trastornos no psicóticos entre los que se incluían trastornos afectivos, trastornos por uso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastorno límite de la personalidad, bulimia nerviosa, trastornos de conducta (trastorno negativista desafiante, trastorno disocial) y trastorno antisocial de la personalidad, que acudieron a controles de seguimiento en centros ambulatorios, siempre que hubieran estado en tratamiento estándar (definido por la guía NICE) para su trastorno psiquiátrico durante al menos 2 meses antes del estudio. Otro criterio de inclusión era la respuesta insuficiente a tratamientos farmacológicos/psicoterapéuticos previos para lo que se requería una puntuación igual o mayor que 4 (moderadamente enfermo) en la escala de impresión clínica global de severidad (ICG-S) en el momento de entrar en el estudio.

Se excluyó a los pacientes con un coeficiente intelectual menor de 85, trastornos psicóticos (excepto la psicosis inducida por sustancias), trastornos del neurodesarrollo, enfermedades neurológicas graves (excepto el síndrome de Tourette), reagudización de su trastorno psiquiátrico, o intoxicación aguda o síndrome de abstinencia a drogas psicótropas, y también a los que tenían un diagnóstico previo de TDAH y/o habían recibido tratamiento farmacológico previo para el mismo (actual o en el pasado de metilfenidato o atomoxetina) y aquellos pacientes con un ICG-S ≤ 3 .

En la [figura 1](#) se puede observar el diagrama de flujo del proceso de reclutamiento y selección de pacientes que participaron en el estudio. Del total de 900 pacientes, 835 aceptaron participar. No obstante, 3 fueron excluidos debido a que no se registraron los criterios de inclusión/exclusión (*missings*), y 27 pacientes porque presentaban un diagnóstico de TDAH previo y tratamiento farmacológico previo para el dicho trastorno (todos los pacientes que presentaban un diagnóstico previo de TDAH habían realizado tratamiento farmacológico) y 10 pacientes que presentaban un ICG-S ≤ 3 (respuesta adecuada al tratamiento).

Recogida de datos

Los datos se recogieron durante una única visita en el momento del encuentro entre el médico y el paciente utilizando un cuestionario estandarizado especialmente diseñado para el estudio. Los cuestionarios completos se introdujeron en una base de datos centralizada. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, peso, nivel educativo (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, estudios universitarios), situación laboral (desempleado, activo, estudiante), nivel socioeconómico, diagnóstico psiquiátrico principal, otros diagnósticos psiquiátricos asociados definidos por criterios DSM-IV y datos relacionados con el abuso de sustancias (tipo de sustancia, edad del primer consumo, cantidad consumida, vía de administración).

Se consideró que existía TDAH cuando se cumplían los criterios diagnósticos DSM-IV para dicho trastorno según la entrevista clínica. Se recogieron también: el subtipo de TDAH (predominantemente hiperactivo-impulsivo, predominantemente inatento o combinado), la puntuación en la ICG-TDAH-S y la frecuencia e intensidad de los síntomas del TDAH utilizando la escala de valoración del TDAH de DuPaul de 18 ítems (ADHD rating scale)²⁰. Se trata de un instrumento fiable y fácil de administrar tanto para el diagnóstico del TDAH en adolescentes y adultos como para evaluar la respuesta al tratamiento. Sus 18 ítems guardan relación directa con los criterios diagnósticos del TDAH en el DSM-IV y en el estudio se empleó una versión validada en español^{21,22}. Los síntomas moderados del TDAH se definieron como la presencia de 6 o más criterios diagnósticos de hiperactividad y/o inatención del DSM-IV y una puntuación global en la escala de valoración del TDAH de DuPaul > 24 . En el estudio de validación de la versión española una puntuación de 24 tenía una sensibilidad del 81,9% y una especificidad del 74,7%²².

Análisis estadístico

Los datos categóricos se expresaron como número y porcentaje, y los datos continuos como mediana y rango intercuartílico (percentil 25-75). Las variables continuas se analizaron con el test de la *t* de Student y la prueba de Kruskal-Wallis, y las variables categóricas con el test de la chi-cuadrado o con el test exacto de Fischer cuando fue necesario. Para el análisis estadístico se utilizó la versión 9.1.3 del paquete de software SAS (Statistical Analysis Systems, SAS Institute, Cary, NC, EE.UU). La significación estadística se definió como una $p < 0,05$.

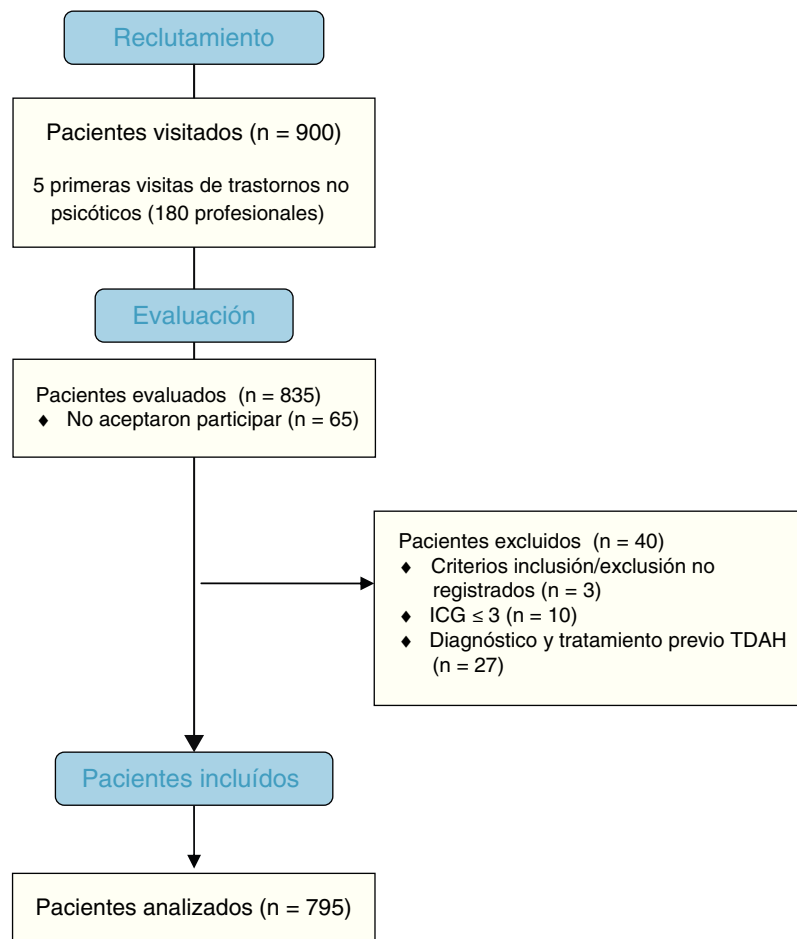


Figura 1 Diagrama de flujo del proceso de reclutamiento y selección de los pacientes. ICG-S: escala de impresión clínica global de severidad; TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Resultados

Con relación a las características sociodemográficas de los sujetos del estudio, un 57,5% de la muestra fueron hombres y un 42,5% mujeres, con una media de edad de 21,1 años y una desviación estándar de 2,6 años (23,3% de pacientes entre 15-18 años, 51,3% entre 18-21 años y 25,4% entre 21-24 años). El 34,4% de los pacientes tenía estudios primarios, el 48% secundarios; el 33% no tenía empleo, el 31% estaba estudiando y el 31% trabajaba activamente en el momento del estudio. La mayoría de los participantes del estudio tenían un nivel socioeconómico medio (62,3%), un 31,7% se clasificaron como pacientes con un nivel socioeconómico bajo y un 6% tenían un nivel socioeconómico alto.

Los diagnósticos principales más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (18,7%), los trastornos por uso de sustancias (cocaína, alcohol, tabaco, cannabis, metanfetamina, heroína) (25%) y los trastornos del estado de ánimo (10,4%) (tabla 1). Entre los pacientes con trastornos por uso de sustancias, el abuso/dependencia de cocaína fue el más frecuente (75,7% de los casos), seguido por alcohol (69,1%), cannabis (64,1%), tabaco (58%), heroína (26,5%), y metanfetaminas (22,1%).

Además, el 31,6% de los pacientes tenía más de un diagnóstico psiquiátrico. La media de diagnósticos

psiquiátricos por paciente fue de 1,3 (0,6) y la media del tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico principal fue de 25,7 (32,3) meses. La mediana de la puntuación en la ICG-S fue de 4 (rango intercuartílico 4-5). Sesenta y nueve pacientes tenían antecedentes familiares de TDAH y 58 tenían hermanos con TDAH con una mediana de 2 hermanos (rango 1-3). De los 835 pacientes evaluados, se consideraron que presentaban una respuesta insuficiente a tratamientos previos aquellos que continuaban con un $ICG-S \geq 4$ ($N=795$), estos pacientes llevaban una media de 6 meses (media = 6, desviación estándar = 3) de tratamiento farmacológico/psicoterapéutico previo.

De los 795 pacientes incluidos en el estudio, 48 cumplieron criterios del DSM-IV para el diagnóstico del TDAH, evaluados por el clínico (tasa de prevalencia global del 6%): centros de salud mental de adultos ($N=11$; 22,91%), centros de salud mental infantil y juvenil ($N=16$; 33,33%), centros de atención y seguimiento para el consumo de tóxicos ($N=10$; 20,83%), unidad de trastornos de conducta alimentarios ($N=2$; 4,16%), unidades de adicciones de adolescentes ($N=9$; 18,75%). Los subtipos de TDAH fueron: combinado en 23 pacientes, predominantemente inatento en 15 y predominantemente hiperactivo/impulsivo en 10. En la figura 2 se muestra la distribución de los pacientes con TDAH en las distintas categorías de trastornos psiquiátricos principales.

Tabla 1 Diagnósticos psiquiátricos en la población del estudio

Diagnóstico psiquiátrico principal, n = 789	Número (%)
<i>Trastorno de ansiedad</i>	224 (28,4)
<i>Trastornos por consumo de sustancias</i>	181 (22,9)
Cocaína	137 (75,7)
Alcohol	125 (69,1)
Cannabis	116 (64,1)
Tabaco	105 (58)
Heroína	48 (26,5)
Metanfetamina	40 (22,1)
<i>Trastorno del estado de ánimo</i>	161 (20,4)
<i>Trastorno límite de la personalidad</i>	116 (14,7)
<i>Trastorno de conducta (trastorno negativista desafiante, trastorno disocial)</i>	224 (28,4)
<i>Bulimia (trastorno de la conducta alimentaria)</i>	33 (4,2)
<i>Trastorno antisocial de la personalidad</i>	14 (1,8)
Trastornos psiquiátricos secundarios, n = 251	251 (31,8)
<i>Trastorno por consumo de sustancias</i>	76 (30,3)
<i>Trastorno de ansiedad</i>	45 (17,9)
<i>Depresión</i>	22 (8,8)
<i>Bulimia (trastorno de la conducta alimentaria)</i>	12 (4,8)
<i>Trastorno de conducta (trastorno negativista desafiante, trastorno disocial)</i>	12 (4,8)
<i>Trastorno del estado de ánimo</i>	11 (4,4)
<i>Psicosis inducida por sustancias</i>	10 (4,0)
<i>Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad</i>	6 (2,4)
<i>Trastorno límite de la personalidad</i>	8 (3,2)
<i>Trastorno adaptativo</i>	7 (2,8)
<i>Fobia social</i>	6 (2,4)
<i>Trastorno antisocial de la personalidad</i>	6 (2,4)
<i>Distimia</i>	3 (1,2)
<i>Otros</i>	28 (15,5)

La mediana de la puntuación en la escala de valoración del TDAH fue de 23 (rango 12-32). Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) en la frecuencia de síntomas dependiendo del diagnóstico psiquiátrico principal. Los sujetos con trastorno por abuso de sustancias,

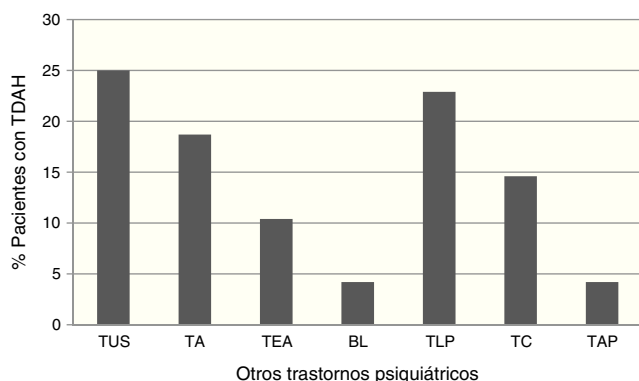


Figura 2 Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios DSM-IV de TDAH para los distintos diagnósticos psiquiátricos principales. BL: bulimia; TA: trastornos de ansiedad; TAP: trastorno antisocial de la personalidad; TC: trastornos de conducta; TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad; TEA: trastornos del estado de ánimo; TLP: trastorno límite de la personalidad; TUS: trastorno por uso de sustancias).

trastorno límite de la personalidad, trastorno de conducta y trastorno antisocial de la personalidad tenían un mayor número de síntomas de inatención y de hiperactividad/impulsividad que los sujetos con trastorno de ansiedad, trastorno del estado de ánimo o bulimia (fig. 3). No obstante, en los sujetos con trastornos por abuso de sustancias se encontraron diferencias en el consumo de drogas dependiendo de la presencia o la ausencia de síntomas de TDAH que no fueron estadísticamente significativas, con la excepción del consumo de tabaco (tabla 2). Los sujetos con síntomas de TDAH fumaban un mayor número de cigarrillos al día que los que no los tenían (media 23,1 [12,2] frente a 17,4 [8,5], $p = 0,014$). Un porcentaje más elevado de los pacientes con trastornos psiquiátricos y síntomas de TDAH coexistentes tenía antecedentes familiares de TDAH en comparación con los que no tenían síntomas de TDAH. En todos los casos las diferencias fueron estadísticamente significativas (padre con TDAH: 9,3% con TDAH frente a 4,7%, $p = 0,014$; madre con TDAH: 5,7% frente a 1,6%, $p = 0,001$; hermanos con TDAH: 13,2% frente a 5,1%, $p = 0,0001$).

Un total de 260 pacientes (32,7%) cumplieron criterios de síntomas moderados de TDAH. Los síntomas de TDAH eran principalmente combinados en 127 (47,7%) pacientes, predominantemente de falta de atención en 92 (35,4%) y predominantemente de hiperactividad/impulsividad en 44 (16,9%). Los síntomas moderados del TDAH fueron más frecuentes en varones que en mujeres (el 67,1% frente al 32,9%,

Tabla 2 Consumo de drogas en los pacientes con trastornos por consumo de sustancias según la presencia o no de síntomas de TDAH

Droga de abuso	Síntomas de TDAH		Valor de p
	Ausentes	Presentes	
<i>Alcohol</i>	61	46	0,322
Unidades/semana, media (DE)	24,6 (34,3)	49,6 (181,4)	
<i>Tabaco</i>	53	43	0,014
Cigarrillos/día, media (DE)	17,4 (8,5)	23,2 (12,2)	
<i>Cannabis</i>	49	41	0,238
Euros por semana	53,3 (68,7)	33,4 (30,7)	
<i>Cocaína</i>	71	46	0,270
Gramos por semana	6,9 (29,5)	5,5 (9,1)	
<i>Metanfetamina</i>	3	7	0,300
Gramos por semana	0,9 (0,9)	1,9 (1,8)	
<i>Heroína</i>	14	9	0,949
Gramos por semana	3,1 (1,6)	6,6 (9,1)	
<i>Otros derivados anfetamínicos</i>	1	3	0,346
Gramos por semana	0,5 (0,5)	2,2 (2,5)	

$p=0,0002$). Con respecto a la variable principal del estudio, la frecuencia de los síntomas del TDAH en cada paciente era elevada, con una mediana de 4 síntomas en la subescala de inatención y 3 síntomas en la subescala de hiperactividad/impulsividad. De forma que muchos participantes en el estudio tenían una puntuación de 2 o 3 («a menudo» o «muy a menudo») en las preguntas que describen los síntomas de inatención e hiperactividad/impulsividad.

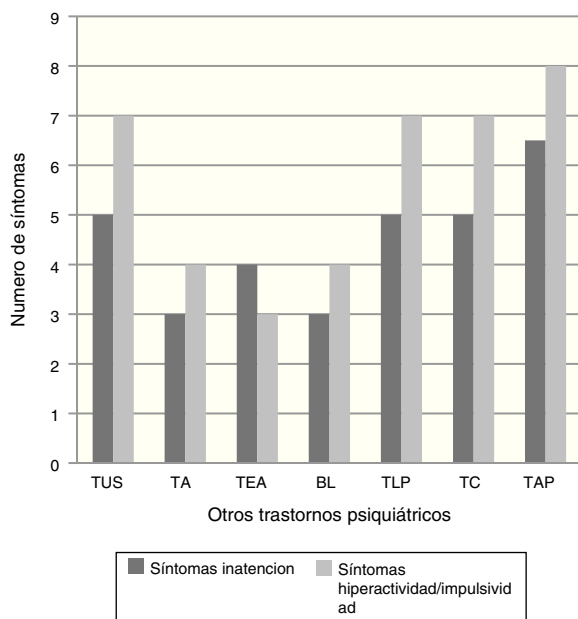


Figura 3 Frecuencia de los síntomas del TDAH según el diagnóstico psiquiátrico principal. BL: bulimia; TA: trastornos de ansiedad; TAP: trastorno antisocial de la personalidad; TC: trastornos de conducta; TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad; TEA: trastornos del estado de ánimo; TLP: trastorno límite de la personalidad; TUS: trastorno por uso de sustancias.

La presencia de síntomas moderados de TDAH se asoció de forma significativa con el trastorno psiquiátrico principal. Como se muestra en la [tabla 3](#), los síntomas moderados de TDAH aparecieron significativamente con más frecuencia en los trastornos por consumo de sustancias (40,3%), el trastorno límite de la personalidad (48,3%), los trastornos de conducta (41,7%) y el trastorno antisocial de la personalidad (57,1%) en comparación con los restantes subgrupos diagnósticos ($p < 0,0001$). Además, los pacientes con síntomas de TDAH presentaron una puntuación de severidad en la escala ICG-5 más elevada que los que no los tenían ($p = 0,007$) ([fig. 4](#)). De hecho, el 36,5% de los pacientes con síntomas moderados de TDAH estaba en las categorías de la ICG-5 de

Tabla 3 Distribución de los pacientes con una puntuación total ≥ 24 en la escala de valoración del TDAH y 6 o más síntomas de inatención o hiperactividad/impulsividad según el diagnóstico psiquiátrico principal

Diagnóstico principal (número total de pacientes)	Número con puntuación ≥ 24 (%)
Trastorno por consumo de sustancias (181)	73 (40,3)
Trastorno de ansiedad (224)	53 (23,7)
Trastorno del estado de ánimo (161)	35 (21,7)
Trastorno límite de la personalidad (116)	56 (48,3)
Trastorno de conducta (trastorno negativista desafiante, trastorno disocial) (60)	25 (41,7)
Bulimia (trastorno de la conducta alimentaria) (33)	10 (30,3)
Trastorno antisocial de la personalidad (14)	8 (57,1)

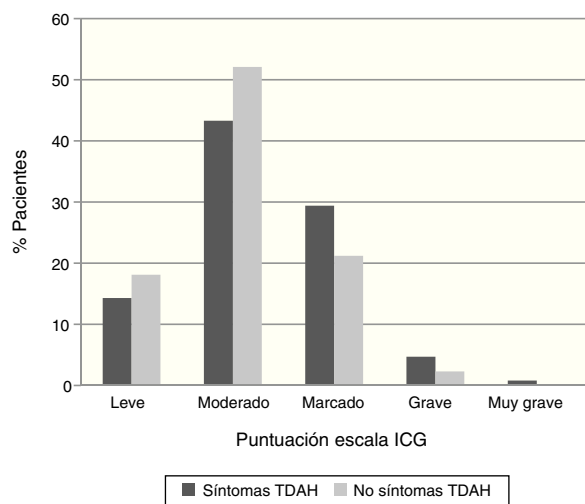


Figura 4 Porcentaje de pacientes en las diferentes categorías de la escala ICG-S según la presencia o ausencia de síntomas del TDAH. ICG-S: escala de impresión clínica global de severidad; TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

marcadamente enfermo y gravemente enfermo en comparación con el 25% de los pacientes sin síntomas moderados de TDAH.

Factores de riesgo estadísticamente significativos para la existencia de síntomas de TDAH fueron la presencia de trastornos por abuso de sustancias (odds ratio [OR] = 1,54; intervalo de confianza [IC] del 95% 1,09-2,17; $p=0,01$) y del trastorno límite de la personalidad (OR = 2,17; IC del 95% 1,46-3,24; $p=0,0001$). En cambio, la presencia de trastornos de ansiedad (OR = 0,54; IC del 95% 0,39-0,77; $p=0,0007$) y de trastornos del estado de ánimo (OR = 0,50; IC del 95% 0,33-0,76; $p=0,0009$) se asociaron de forma negativa con los síntomas del TDAH.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio transversal de un grupo de gran tamaño de jóvenes de entre 15 y 24 años con un diagnóstico psiquiátrico primario, que presentaban una respuesta insuficiente a tratamientos farmacológico/psicológicos previos ($ICG \geq 4$) y que eran atendidos en condiciones de práctica clínica habitual, muestran que un 6% de los casos presentaban síntomas de TDAH.

Debemos señalar que los pacientes con un diagnóstico previo de TDAH y los que tenían una respuesta adecuada al tratamiento fueron excluidos del estudio. Veintisiete pacientes presentaban un diagnóstico de TDAH previo. Esto significa que un 3,23% de los pacientes evaluados presentaban un TDAH previamente diagnosticado, de modo que la prevalencia obtenida de síntomas de TDAH en pacientes con otros trastornos principales diagnosticados es conservadora. La mayoría de los pacientes (48%) presentaban un TDAH subtipo combinado. Los trastornos por uso de sustancias eran el diagnóstico psiquiátrico más frecuente (25%) seguidos por el trastorno límite de la personalidad (23%) y los trastornos de ansiedad (18,7%). Además, un hallazgo destacado del estudio fue que el 32,7% de los sujetos con diagnóstico de otros trastornos psiquiátricos presentaba una puntuación

total en la escala de valoración del TDAH igual o mayor que el punto de corte de 24.

La elevada frecuencia de síntomas del TDAH que se encontró en este estudio es un hallazgo importante dado que el TDAH comórbido puede afectar a la adherencia al tratamiento farmacológico de los otros trastornos psiquiátricos y desestabilizar el funcionamiento diario, lo que da lugar a una peor evolución por la presencia de síntomas refractarios. Por otro lado, la comorbilidad psiquiátrica influye en gran medida en la presentación, el diagnóstico y el pronóstico, complica el tratamiento y aumenta de forma significativa la morbilidad del TDAH²³.

En el presente estudio, el subtipo combinado de TDAH fue el más frecuente. En otros estudios, el subtipo combinado presentaba más síntomas comórbidos que el subtipo inatento o el subtipo hiperactivo/impulsivo²⁴. Otro resultado a destacar fue la elevada frecuencia de síntomas de TDAH en jóvenes con uso de sustancias, trastornos de conducta y trastornos de la personalidad en comparación con los que tenían trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. Se ha demostrado que los niños con TDAH y trastornos de conducta tienen un mayor riesgo de presentar trastorno antisocial de la personalidad y abuso de sustancias en la edad adulta²⁵. Por otro lado, los pacientes adultos con trastornos por uso de sustancias tienen mayor probabilidad de tener un diagnóstico previo o concurrente de TDAH¹¹. Muchos estudios clínicos y epidemiológicos han demostrado una elevada comorbilidad con el uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos, aunque la identificación de la comorbilidad psiquiátrica en las personas que abusan de sustancias es problemática, principalmente porque los efectos agudos o crónicos del abuso o la abstinencia de sustancias pueden ser similares a los síntomas de otros trastornos mentales²⁶. En una muestra de 162 pacientes adolescentes ingresados en programas residenciales para el tratamiento de las adicciones, se encontró el diagnóstico concurrente de TDAH en el 31%; además, un tercio de toda la población de pacientes adolescentes refirió abuso previo de psicoestimulantes⁸. El curso de los trastornos por uso de sustancias con la presencia del TDAH comórbido también puede ser más severo, y a pesar de recibir más tratamiento para las adicciones, en estos pacientes, el mantenimiento de la abstinencia de drogas es menos probable²⁷. En nuestro estudio, los diagnósticos primarios de trastorno por uso de sustancias y trastorno límite de la personalidad fueron factores de riesgo significativos para la coexistencia de síntomas del TDAH.

Con relación a la influencia de los síntomas del TDAH sobre el consumo de drogas, no se observaron diferencias entre consumidores de sustancias con o sin síntomas de TDAH excepto en lo que respecta al consumo de tabaco, ya que los pacientes con síntomas de TDAH coexistentes fumaban más. Por último, un porcentaje significativamente más elevado de pacientes con síntomas de TDAH coexistentes tenían antecedentes familiares de TDAH. Por lo tanto, en los jóvenes con trastornos psiquiátricos es importante investigar la presencia de TDAH en familiares de primer grado.

Los resultados de la presente investigación deberán interpretarse teniendo en cuenta algunas limitaciones, como el hecho de que no se evaluaran diferentes características relacionadas con el diagnóstico psiquiátrico primario, como la

pauta de medicación o el cumplimiento del tratamiento. Hay que destacar que los pacientes fueron reclutados en centros públicos, de forma que estudios posteriores deberían incluir centros privados para poder observar posibles diferencias. Además, aunque no se utilizaron entrevistas estructuradas para el diagnóstico del TDAH, las características psicométricas de la escala de valoración del TDAH respaldan la fiabilidad de este instrumento para la evaluación y el diagnóstico del mencionado trastorno²². No se incluyeron escalas para profesores o padres para la valoración de la sintomatología de TDAH. Existen entrevistas semiestructuradas como la K-SADS en niños o la CAADID en jóvenes adultos (unas herramientas diagnósticas validadas al castellano para evaluar el TDAH²⁸) que pueden ser de gran utilidad en la evaluación de dichos pacientes.

Conclusiones

El TDAH no diagnosticado estaba presente en el 6% de los pacientes, observándose asimismo una elevada frecuencia de síntomas moderados del trastorno (32,7%) en la muestra, por lo que sería recomendable, para optimizar la atención del paciente, hacer un estudio minucioso del TDAH en los jóvenes que presentan trastornos por uso de sustancias y trastornos de conducta y de personalidad refractarios al tratamiento, debido a la elevada comorbilidad entre el TDAH y estos trastornos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

El estudio estuvo financiado por el Departamento Médico, Janssen-Cilag, S.A.

El Dr. Ramos-Quiroga ha realizado charlas y ha sido consultor de Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Novartis, Lundbeck, Shire y Rubió. Ha recibido subvención de desplazamiento para participar en congresos de Janssen-Cilag, Shire y Eli-Lilly. La Unidad de TDAH dirigida por él ha recibido ayudas para la investigación y formación de Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Shire, Rovi y Rubió en los últimos 3 años. El Dr. Casas ha recibido subvención de desplazamiento para participar en congresos de Eli Lilly and Company, Janssen-Cilag, Shire y Laboratorios Rubió. Ha recibido ayudas para investigación de Janssen Cilag, Shire, Laboratorios Rubió, y Eli Lilly and Company. Ha sido consultor y asesor de Janssen Cilag, Shire, Laboratorios Rubió, y Eli Lilly and Company.

Bibliografía

1. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164:9428.
2. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*. 2006;36:159-65.
3. Breinbauer C, Maddaleno M. Youth. Choices and changes. Promoting healthy behaviours in adolescents. Washington DC: Pan American Health Organization; 2005.
4. Wolraich ML, Wibbelsman CJ, Brown TE, Evans SW, Gotlieb EM, Knight JR, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: A review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*. 2005;115:1734-46.
5. Butler SF, Arredondo DE, McCloskey V. Affective comorbidity in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 1995;7:51-5.
6. Smalley SL, McGough JJ, Moilanen IK, Loo SK, Taanila A, Ebeling H, et al. Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1575-83.
7. Daviss WB. A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: Etiologies, phenomenology, and treatment. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2008;18:565-71.
8. Gordon SM, Tulak F, Troncale J. Prevalence and characteristics of adolescents patients with co-occurring ADHD and substance dependence. *J Addict Dis*. 2004;23:31-40.
9. Waxmonsky J. Assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children with comorbid psychiatric illness. *Curr Opin Pediatr*. 2003;15:476-82.
10. Ratey JJ, Greenberg MS, Bemporad JR, Lindem KJ. Unrecognized attention-deficit hyperactivity disorder in adults presenting for outpatient psychotherapy. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 1992;2:267-75.
11. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163:716-23.
12. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N, et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: Data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry*. 2005;57:1467-73.
13. Almeida Montes LG, Hernández García AO, Ricardo-Garcell J. ADHD prevalence in adult outpatients with nonpsychotic psychiatric illnesses. *J Attent Dis*. 2007;11:150-6.
14. Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ, et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *J Clin Psychiatry*. 2000;61:244-51.
15. Barkley RA, Brown TE. Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr*. 2008;13:977-84.
16. DeMilio L. Psychiatric syndromes in adolescent substance abusers. *Am J Psychiatry*. 1989;146:1212-4.
17. Hovens JG, Cantwell DP, Kiriakos R. Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescent substance abusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:476-83.
18. Yates WR, Lund BC, Johnson C, Mitchell J, McKee P. Attention-deficit hyperactivity symptoms and disorder in eating disorder inpatients. *Int J Eat Disord*. 2009;42:375-8.
19. Gau SS, Lin YJ, Cheng AT, Chiu YN, Tsai WC, Soong WT. Psychopathology and symptom remission at adolescence among children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44:32332.

20. DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid R, McGoey KE, Ikeda MJ. Teacher ratings on attention deficit hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. *Psychol Assess*. 1997;9:436–44.
21. Servera M, Cardo E. ADHD Rating Scale-IV en una muestra escolar española: datos normativos y consistencia interna para maestros, padres y madres. *Rev Neurol*. 2007;45:393–9.
22. Bosch R, Ramos-Quiroga JA, Nogueira M. Spanish validation of the adult ADHD rating scale: relevance of subtypes. Program and abstracts of the American Psychiatric Association 162nd Annual Meeting; San Francisco, EE.UU. mayo 2009.
23. Kunwar A, Dewan M, Faraone SV. Treating common psychiatric disorders associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Opin Pharmacother*. 2007;8:555–62.
24. Levy F, Hay DA, Bennett KS, McStephen M. Gender differences in ADHD subtype comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:368–76.
25. Pliszka SR. Psychiatric comorbidities in children with attention deficit hyperactivity disorder: implications for management. *Paediatr Drugs*. 2003;5:741–50.
26. Torrens M, Martín-Santos R, Samet S. Importance of clinical diagnoses for comorbidity studies in substance use disorders. *Neurotox Res*. 2000;10:253–61.
27. Carroll KM, Rousanville BJ. History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers. *Compr Psychiatry*. 1993;34:75–82.
28. Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Richarte V, Valero S, Gómez-Barros N, Nogueira M, et al. Criterion and concurrent validity of Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID) Spanish version. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5:229–35.