

C. Daigre^{1,2}
J. A. Ramos-Quiroga¹
S. Valero¹
R. Bosch¹
C. Roncero^{1,2}
B. Gonzalvo^{1,2}
M. Nogueira¹
M. Casas¹

Cuestionario autoinformado de cribado de TDAH ASRS-v1.1 en adultos en tratamiento por trastornos por uso de sustancias

¹ Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitari Vall d'Hebron
Universidad Autónoma de Barcelona
Ambulatorio de Drogodependencias
Barcelona

² CAS Vall d'Hebron
Barcelona

Objetivo. Diagnosticar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en pacientes con trastorno por uso de sustancias (TUS) es un proceso complejo, en el cual un instrumento de cribado puede ser de gran utilidad. Se ha analizado la validez del cuestionario autoinformado de cribado de TDAH en adultos ASRS-v1.1 en pacientes con TUS, considerando la gravedad de la adicción y la comorbilidad con los trastornos depresivo, antisocial y límite de la personalidad.

Método. Se evaluaron 80 pacientes en tratamiento ambulatorio por dependencia de sustancias mediante los siguientes instrumentos: ASRS-v1.1, CAADID-II, EuropASI, SCID-I, SCID-II. Se realizó un análisis factorial con rotación varimax para determinar la estructura de las intercorrelaciones entre los ítems y se analizó la exactitud del ASRS-v1.1.

Resultados. La entrevista diagnóstica CAADID utilizada como patrón de oro, indica que el 20% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 11-29) cumple criterios para TDAH. La estructura factorial del ASRS-v1.1 está marcada por dos factores referentes a inatención e hiperactividad/impulsividad que explican el 67,7% de la varianza. El ASRS-v1.1 con punto de corte 4, presenta una sensibilidad del 87,5% y una especificidad del 68,8%.

Conclusiones. El ASRS-v1.1 es un instrumento de cribado sencillo, útil y de aceptable validez para identificar TDAH entre pacientes con TUS.

Palabras clave:
ASRS-v1.1. TDAH. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Dependencia de sustancias. Adicciones. Cribado.

Actas Esp Psiquiatr 2009;37(6):299-305

Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) symptom checklist in patients with substance use disorders

Aim. Diagnosing attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in patients with substance use disorder (SUD) is a complicated process in which a screening tool may be useful. We analyzed the ASRS-v1.1 validity in patients with SUD, considering the addiction severity and co-morbidity with depressive disorders, antisocial and borderline personality.

Methods. Eighty outpatients with SUD were evaluated with the following instruments: ASRS-v1.1, CAAD-II, EuropASI, SCID-I, SCID-II. A factor analysis was performed with Varimax rotation to determine the structure of the intercorrelations among the items. Accuracy of ASRS-v1.1 was also analyzed.

Results. The diagnostic interview CAADID used as a gold standard indicated that 20% (95% confidence interval [CI]: 11-29) meet the criteria for ADHD. The ASRS-v1.1 factor structure is marked by two factors related to inattention and hyperactivity / impulsivity that account for 67.7% of the variance. ASRS-v1.1, with a 4 cut-off, showed an 87.5% sensitivity and 68.6% specificity.

Conclusions. ASRS-v1.1 is a simple screening tool that is useful and has acceptable validity for the identification of ADHD among addicted patients.

Key words:
ASRS-v1.1. ADHD. Attention deficit/hyperactivity disorder. Substance use disorder. Addiction. Screening.

INTRODUCCIÓN

La coocurrencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en el adulto y de los trastornos por uso de sustancias (TUS) ha recibido especial atención en la literatura científica en los últimos años. Ambos trastornos interactúan en una variedad de aspectos, incluyendo el solapamiento de síntomas y la evolución de ambas patologías.

Correspondencia:
Constanza Daigre Blanco
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Vall d'Hebron
Pg. de la Vall d'Hebron, 119-129
08035 Barcelona
Correo electrónico: cdaigre@vhebron.net

Los datos del National Comorbidity Survey Replication indican que la prevalencia del TDAH en adultos se sitúa entorno al 4,4%¹, mientras que se conoce que los TUS tienen una prevalencia del 3,8%². Se ha observado que la prevalencia de abuso y dependencia de sustancias es más elevada en sujetos con TDAH que en la población general^{3,4}. De manera inversa, el TDAH es frecuentemente comórbido entre pacientes con TUS⁵. Estudios realizados en Norteamérica indican una prevalencia de entre un 15 y 30% de TDAH en pacientes adultos con TUS⁶. Respecto al tipo de droga consumida, no se observan diferencias significativas entre los adultos con TDAH y la población general, siendo la droga ilegal más común la marihuana (67%), seguida de cocaína (23%) y otros estimulantes (18%)⁷.

Trabajos de investigación recientes han revelado que el TDAH es un factor de riesgo para desarrollar un TUS⁸⁻¹⁰. Los pacientes adultos con TDAH tienen el doble de riesgo de presentar drogodependencias respecto a la población general, incluso controlando el efecto de otros trastornos psiquiátricos asociados¹¹. Si se considera la presencia comórbida de un trastorno de conducta durante la infancia o de un trastorno antisocial de la personalidad, el riesgo de desarrollar un TUS es significativamente mayor¹².

Hay evidencias que indican que el TUS puede ser más grave con un TDAH asociado. El TDAH aumenta significativamente el riesgo de cronificar el TUS, aumentando el riesgo de recaídas a lo largo del tratamiento¹³. Los pacientes que presentan tanto TDAH como TUS, tienen que afrontar las consecuencias interrelacionadas de ambos trastornos. Los sujetos dependientes de sustancias ven sus vidas alteradas en las esferas personal, familiar y social y presentan ma-

yores dificultades de salud, económicas, laborales y judiciales¹⁴. Las consecuencias del TDAH en adultos también se evidencian en diferentes áreas, estos pacientes tienen más riesgo de presentar bajo rendimiento y fracaso escolar, de ser despedidos o de no adaptarse a las exigencias del trabajo. Presentan peor ajuste social, pobres habilidades sociales, mayores dificultades maritales y parentales. Sufren más accidentes de tráfico, siendo éstos más graves y presentan mayores dificultades con la ley^{15,16}.

Diagnóstico del TDAH en adultos con TUS

El diagnóstico de TDAH en adultos en presencia de TUS resulta dificultoso por la necesidad de hacer un diagnóstico retrospectivo, por no contar con criterios diagnósticos diseñados especialmente para adultos en el DSM-IV y por la relevante necesidad de hacer un diagnóstico diferencial debido a que muchos síntomas son compartidos con otra psicopatología^{17,18}. Además, no es habitual que los clínicos especialistas en drogodependencias indaguen en los síntomas del TDAH, por desconocimiento del trastorno o porque consideren que otros trastornos psiquiátricos tienen prioridad¹⁹. Por otro lado, se han descrito factores que pueden inducir al sobrediagnóstico: 1) Condiciones médicas y psiquiátricas que tengan síntomas similares y que puedan mimetizarse con el TDAH. 2) Los síntomas asociados a la intoxicación o la retirada de sustancias pueden ser similares a síntomas de TDAH. 3) La utilización de instrumentos de cribado sin posterior diagnóstico clínico. 4) Si bien son escasos, se han identificado casos de exageración de los síntomas por parte del paciente para obtener beneficios secundarios o medicación estimulante¹⁹.

Nombre del paciente	Fecha				
	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuente
Conteste a las siguientes preguntas, midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar a cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa como se ha sentido y comportado en los pasados 6 meses. Por favor entregue la lista completa a su doctor para discutirla en la sesión de hoy.					
1. ¿Con cuánta frecuencia tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?					
2. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?					
3. ¿Con cuánta frecuencia tienes problemas para recordar juntas de trabajo u otras obligaciones?					
4. Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, ¿con cuánta frecuencia evitas o retrasas empezarla?					
5. ¿Con cuánta frecuencia mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?					
6. ¿Con cuánta frecuencia te sientes sobreactivo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?					

Figura 1

Escala de autoreporte de síntomas de TDAH en adultos (ASRS-v1.1).

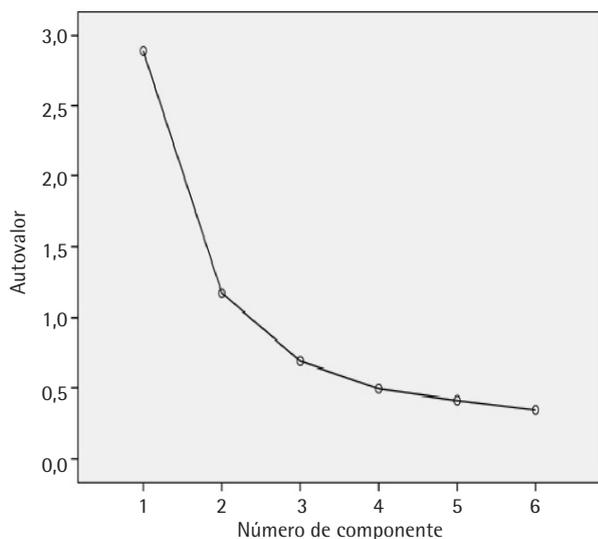


Figura 2 Gráfico de sedimentación de los factores del ASRS-v1.1.

Debido a las dificultades diagnósticas, un procedimiento de cribado de TDAH válido en población adulta con TUS puede ser muy útil para el desarrollo de adecuados servicios de diagnóstico y tratamiento²⁰. El cuestionario autoinformado de cribado de seis preguntas ASRS-v1.1 (Adult ADHD Self-Report Scale, disponible en: <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php>) fue desarrollado en conjunto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los doctores Kessler, Adler y Spencer en 2005 (fig. 1)²¹. El ASRS-v1.1 es un subgrupo de la lista de verificación de síntomas del cuestionario de 18 preguntas de la OMS. Está basado en los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría. Las propiedades psicométricas encontradas en la versión americana, realizada en una muestra representativa de la población general fueron las siguientes: sensibilidad 68,7%, especificidad 99,5%, precisión de la clasificación total 97,9% y kappa 0,76. Se ha publicado un estudio del instrumento realizado en España, que concluye que el ASRS-v1.1 es un instrumento eficaz para el cribado inicial y que sus ítems miden una dimensión inespecífica de compulsividad/impulsividad²¹.

Como se ha mencionado, al evaluar el TDAH en población drogodependiente es necesario hacer el diagnóstico diferencial de la psicopatología comórbida. Esto puede cobrar mayor importancia al considerar la frecuente asociación del TDAH con el trastorno depresivo mayor (16-31%) y los trastornos límite y antisocial de la personalidad (20%)^{6,23}, ya que son trastornos que comparten sintomatología referente a las dificultades de atención, hiperactividad e impulsividad.

Teniendo en consideración lo planteado hasta ahora y para contribuir al proceso diagnóstico de TDAH en pacientes

con TUS, se pretende analizar la validez de la prueba de cribado ASRS-v1.1 en pacientes dependientes de sustancias, considerando su utilidad y exactitud. Junto a esto, para aportar validez al proceso, se considera relevante utilizar como patrón de oro, una entrevista diagnóstica diseñada para evaluar todos los síntomas y criterios diagnósticos descritos en el DSM-IV del TDAH. También cobra importancia la evaluación de la gravedad de la adicción y de la psicopatología más frecuentemente comórbida por medio de entrevistas con aceptada validez como son la SCID-I y II. El presente estudio es el primero en España en incluir estas últimas dos consideraciones, al proceso de validación de la ASRS-v1.1, en pacientes en tratamiento por TUS.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo descriptivo prospectivo, de naturaleza psicométrica, en el que participaron 80 pacientes que se encontraban en tratamiento por TUS entre marzo de 2007 y mayo de 2008. Los criterios de inclusión fueron: edad superior o igual a los 18 años e inferior a los 65 años, capacidad de completar el cuestionario de la investigación (p. ej., debido a limitada alfabetización) y firmar el correspondiente consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: intoxicación al momento de la entrevista, estar realizando un proceso de desintoxicación e incapacidad del paciente debido a problemas psiquiátricos y/o somáticos severos.

Participantes

La composición de la muestra en cuanto a género y edad es la siguiente: hombres (80%), mujeres (20%); edad promedio 36,15 (desviación estándar [DE] = 10,43). El 91,3 % son españoles y el 36,6% refiere como principal fuente de ingresos económicos su actividad laboral. El diagnóstico principal referente al TUS, obtenido mediante la utilización de la entrevista SCID-I, es en el 18,8% de los pacientes con dependencia de opiáceos, 46,3% con dependencia de cocaína, 1,3% con dependencia de anfetamina, 25% con dependencia del alcohol y 8,8% con dependencia de cannabis. El 32% de los pacientes fue diagnosticado con dos o más trastornos por dependencia de sustancias al momento de la evaluación.

Instrumentos

ASRS-v1.1: las características de este cuestionario fueron descritas en la introducción. CAADID-II²⁴ (Conners' adult ADHD diagnostic interview for DSM-IVTM): entrevista que permite la evaluación de los síntomas de TDAH de la niñez y de la edad adulta descritos en DSM-IV para diagnosticar el TDAH. EuropASI²⁵ (versión europea del índice de la severidad de la adicción). Es una entrevista semiestructurada, que informa sobre diversas áreas vitales: estado médico general,

situación laboral y financiera, consumo de alcohol, consumo de otras drogas, problemas legales, relaciones familiares y sociales, estado psicológico. La severidad de los problemas en cada una de estas áreas se apunta en una escala de 10 puntos (Bobes, González, Sáiz, Bousoño, 1996). SCID-I²⁶ (entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV®). Se utilizaron los apartados referentes al trastorno depresivo mayor y trastornos por uso de sustancias, excepto tabaco. SCID-II²⁷ (entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV®). Se utilizaron los apartados referentes los trastorno de la personalidad límite y antisocial.

Procedimiento

El proceso de evaluación se realizó en tres entrevistas, de aproximadamente 1 h cada una, en las cuales se realizó de manera sistemática lo siguiente: explicación de los objetivos del estudio y firma del consentimiento informado, evaluación de la gravedad de la adicción (EuropASI), administración de la ASRS-v1.1, entrevista diagnóstica CAADID para la valoración del TDAH y realización de las entrevistas diagnósticas SCID-I y II respecto a los TUS, trastorno depresivo mayor, trastornos de la personalidad límite y antisocial.

Análisis de los datos

Para estimar la prevalencia de TDAH en población adulta en tratamiento por TUS en el Centro Asistencial de Salud (CAS) se calculó la proporción de personas con un resultado positivo en la exploración diagnóstica y el correspondiente intervalo de confianza (IC). Para la determinación de la validez de constructo de la escala, se ejecuta un análisis factorial con rotación varimax, para determinar el ajuste de la estructura de las intercorrelaciones entre los ítems respecto al modelo teórico de partida, así como la consistencia interna de los factores explorados. Para la determinación de la validez concurrente del ASRS-v1.1 se realizó un estudio de la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de los diversos puntos de corte explorados. Se propone como punto de corte recomendable aquel que optimiza todos los anteriores parámetros epidemiológicos. Se compararon las proporciones de diferentes variables mediante chi cuadrado.

RESULTADOS

Respecto a la gravedad de la adicción, se encuentra que las medias de las puntuaciones otorgadas por los clínicos en las diferentes áreas evaluadas por el EuropASI son: médica 2,10 (DE = 2,52), empleo 4,25 (DE = 2,67), alcohol 3,26 (DE = 2,51), drogas 4,84 (DE = 3,24), legal 1,04 (DE = 2,30), familiar/social 4,29 (DE = 2,19), psicológica 4,51 (DE = 2,47). Al comparar estas puntuaciones en función del sexo, se observa que hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la grave-

dad del consumo de drogas ($t = 4,7$, $p < 0,05$) y situación legal ($t = 3,5$, $p < 0,05$), siendo los hombres quienes presentan puntuaciones más altas o graves. Al analizar la relación de la edad con las puntuaciones del EuropASI, se encuentra que correlaciona positivamente con la gravedad a nivel médico ($r = 0,265$, $p < 0,05$) y negativamente con la gravedad del consumo de drogas ($r = -0,486$, $p < 0,05$).

Respecto al TDAH, de los 80 pacientes evaluados, los resultados de la entrevista CAADID indican que el 20% (intervalo de confianza del 95%: 11-29) cumple con los criterios previstos en el DSM-IV para hacer el diagnóstico en la edad adulta. De estos, en el 68,75% predomina el déficit de atención, el 25% es de tipo combinado y en el 6,25% predomina la hiperactividad. No se observan diferencias estadísticamente significativas respecto al tipo de droga consumida, al comparar pacientes con y sin diagnóstico de TDAH. Al observar la comorbilidad asociada al TUS, hallamos que los pacientes con TDAH tienen mayor prevalencia de trastorno depresivo mayor, 29,7% frente a 56,3% ($\chi^2 = 4,99$, $p < 0,05$) y de antecedentes de trastorno disocial en la infancia, 12,5 % frente a 43,8% ($\chi^2 = 11$, $p < 0,05$). Se encuentra que el 10,9% de los sin TDAH y el 18,8% de los pacientes con TDAH presentan trastorno límite de la personalidad; y el 9,4% frente a 6,3% presenta trastorno antisocial de la personalidad.

Características psicométricas del ASRS-v1.1

Se ha realizado un análisis factorial para contrastar la existencia de una estructura conceptual y empírica consistente con el modelo teórico de partida, el cual propone seis variables que deberían articularse entorno a dos factores clínicos relevantes como son el componente hiperactivo y el componente inatento del trastorno. Para determinar si la aplicación de un análisis factorial es factible se ha realizado una matriz de correlaciones entre todos los ítems. Se observa, en la tabla 1, que la mayoría de los ítems correlacionan entre sí con valores homogéneos, a excepción del ítem 6 que es el que menos asociación presenta con el resto, excepto con respecto al ítem 5. Tanto la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (0,75) como la prueba de Barlett ($p = 0,005$) indican que es adecuada la aplicación de un análisis factorial.

La estructura factorial, según gráfico de sedimentación (fig. 2), pone en evidencia la presencia clara de un potente primer factor. Una segunda dimensión es menos clara, ya que el punto de inflexión entre el segundo y tercer factor es poco intenso. En términos cuantitativos, se observa que los dos primeros factores presentan valores propios superiores a 1. El primer factor aporta un 48,1% de la varianza, el segundo factor aporta el 19,6% de la varianza. Entre ambos se asocia a un 67,7% total de varianza explicada.

Asumiendo que la solución de dos factores es la más ajustada en términos de validez de constructo, los pesos factoriales y comunalidades de los seis ítems bajo esa condición bifactorial se presentan en la tabla 2. Puede observarse

Tabla 1	Correlación de Pearson entre los ítems del ASRS-v1.1					
	ASRS_1	ASRS_2	ASRS_3	ASRS_4	ASRS_5	ASRS_6
ASRS_1	1	0,602*	0,544*	0,472*	0,360*	0,139
ASRS_2	0,602*	1	0,480*	0,520*	0,297*	0,173
ASRS_3	0,544*	0,480*	1	0,538*	0,390*	0,011
ASRS_4	0,472*	0,520*	0,538*	1	0,372*	-0,047
ASRS_5	0,360*	0,297*	0,390*	0,372*	1	0,356*
ASRS_6	0,139	0,173	0,011	-0,47	0,356*	1

* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 2	Pesos factoriales y comunalidades de los ítems de ASRS-v1.1		
	Componente		h ²
	1	2	
Ítem 1	0,777	0,205	0,646
Ítem 2	0,759	0,201	0,617
Ítem 3	0,808	0,047	0,655
Ítem 4	0,815	-0,038	0,655
Ítem 5	0,443	0,642	0,609
Ítem 6	-0,075	0,928	0,868
% varianza explicada	48,1	19,6	

que los cuatro primeros ítems presentan un elevado peso en el primer factor, mientras que sus pesos en el segundo factor son claramente inferiores. Los ítems 5 y 6, en cambio, presentan mayores puntuaciones factoriales en el segundo componente. No obstante, el ítem 5 presenta una puntuación superior a 0,4 en el primer factor. Al analizar la consistencia interna de la prueba, siguiendo la solución bifactorial, se encuentra que el coeficiente α de Cronbach de los cuatro primeros ítems es de 0,82 y de los dos últimos ítems 0,52.

Se analizó de la validez concurrente del ASRS-v1.1 considerando como patrón de oro los resultados de la entrevista diagnóstica CAADID. La tabla 3 explora diversos puntos de corte para la escala, en concreto el punto de corte propuesto para la versión original y los puntos de corte 3 y 5 para determinar si es posible proponer un punto de corte alternativo que optimice la capacidad discriminadora de la escala. Como puede observarse en dicha tabla, el punto de corte de cuatro unidades genera una sensibilidad del 87,5% (IC del 95%: 64 - 96,5), una especificidad del 68,8% (IC del 95%: 56,6 - 78,8), un valor predictivo positivo del 41,2% (IC del 95%: 26,4 - 57,8) y un valor predictivo negativo del 95,7% (IC del 95%: 85,5 - 98,8).

DISCUSIÓN

Se ha encontrado que el 20% de los pacientes cumplen criterios para TDAH, lo que concuerda con resultados de

otros estudios⁶. Es relevante el IC de este valor, distribuido en un rango de prevalencias entre 11% y 29%. Esta amplitud de valores es probablemente consecuencia de una muestra aún pequeña para la estimación precisa de dicho parámetro. La distribución porcentual de los subtipos clínicos de TDAH encontrada se ajusta a lo esperable, se observa predominio de las dificultades de atención frente a hiperactividad entre pacientes en tratamiento por TUS, lo cual se asocia a que la hiperactividad motora disminuye con los años²⁸.

Se ha encontrado mayor comorbilidad con trastorno depresivo y antecedentes de trastorno disocial en la infancia en pacientes con TDAH, lo que concuerda con resultados de otros estudios²⁹. Para los trastornos de la personalidad límite y antisocial no se ha estudiado la significación estadística, ya que el escaso número de pacientes afectados no lo permite. Sin embargo, llama la atención que el 18,8% de los pacientes con TDAH presenten trastorno límite de la personalidad frente a un 10,9% de los sin TDAH, siendo plausible que la alta comorbilidad entre ambos trastornos se explique porque en los criterios diagnósticos del DSM-IV la impulsividad es entendida como un síntoma de gran relevancia.

Las puntuaciones obtenidas mediante el Índice Europeo de la Gravedad de la Adicción indican que los hombres presentan mayor gravedad y más problemas legales. Esto es coherente con la literatura que plantea que son los hombres quienes presentan mayor prevalencia en el consumo de drogas y de comportamiento antisocial. De manera similar, es

Tabla 3	Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo e índice kappa del ASRS-v1.1							
Punto corte (\geq)	S	IC del 95%	E	IC del 95%	VPP	IC del 95%	VPN	IC del 95%
3	93,8	71,7 - 98,9	54,70%	42,6 - 66,3	34,1	21,9 - 48,9	97,2	85,8 - 99,5
4	87,5	64 - 96,5	68,8	56,6 - 78,8	41,2	26,4 - 57,8	95,7	85,5 - 98,8
5	50	28 - 72	85,9	75,4 - 92,4	47,1	26,2 - 69	87,3	76,9 - 93,4

esperable que los pacientes más jóvenes presenten un consumo de sustancias más problemático y los mayores más dificultades médicas³⁰.

Respecto a las características psicométricas del ASRS-v1.1, aunque los autores de la versión original²¹ no proponen una determinada estructura factorial, se considera necesario que ésta sea tomada como un elemento más dentro del proceso de validación del instrumento, aportando información referente a la validez interna y en última instancia, de su validez de constructo. Al realizar un análisis factorial, se encuentra que dos factores explican el 67,7% de la varianza, lo que es adecuado y coherente para un instrumento sencillo como el estudiado, que se compone de dos factores clínicos relevantes que se refieren a la inatención e hiperactividad/impulsividad.

El análisis de la consistencia interna muestra que el primer factor presenta una elevada alfa, lo que implica que se está evaluando de forma unitaria un mismo concepto clínico. Mientras que el segundo factor está compuesto por ítems que tienen un resultado mucho menos satisfactorio, lo cual puede deberse a que sólo está compuesto por dos preguntas, siendo más difícil encontrar alta consistencia cuando son pocos los reactivos analizados.

El estudio de la validez convergente pone de manifiesto que este instrumento optimiza su comportamiento cuando se toma como punto de corte los 4 puntos. Los valores obtenidos para la sensibilidad (87,5%) y especificidad (68,8), indican que es una prueba útil y que en la población drogodependiente alcanza su objetivo como herramienta de cribado. Cabe comentar que considerando un punto de corte igual o mayor que tres se encuentra una mayor sensibilidad (93,8%), lo que puede ser clínicamente relevante a la hora de identificar pacientes con TDAH en tratamiento por TUS. En este caso es necesario tener en consideración que habrá aún más falsos positivos que requerirían una entrevista diagnóstica exhaustiva. Por el contrario, al considerar el punto de corte mayor o igual a cinco, se gana en especificidad, pero disminuye drásticamente la sensibilidad del test, desviándose de su objetivo como prueba de cribado.

En comparación con los datos publicados por el equipo que ha construido y validado el instrumento en población general²¹, en nuestra muestra se encuentra un porcentaje mayor de sensibilidad (87,5% frente a 68,7%) y menor de especificidad (68,8% frente a 99,5%). Si se observa la tabla 3, se advierte que el porcentaje de sensibilidad encontrado en el estudio original se sitúa dentro del IC que se ha identificado en esta muestra de pacientes con TUS, pudiendo ser posible que la sensibilidad no difiera dramáticamente al evaluar pacientes con y sin TUS mediante el ASRS-v1.1. Sin embargo, el IC para la especificidad que se ha observado (56,6 - 78,8%) dista del 99,5% que se ha identificado en la población sin TUS. Esto resalta la necesidad de que el clínico realice un adecuado diagnóstico diferencial al evaluar el TDAH en pacientes adictos. En esta misma línea, el

mayor número de falsos positivos se puede explicar porque la sintomatología del TDAH tiende a mimetizarse con la de otros trastornos psiquiátricos, por los déficit cognitivos asociados al consumo crónico de sustancias y también por la falta de inclusión de los criterios B, C, D, E descritos en el DSM-IV.

Teniendo en cuenta estos resultados, es oportuno enfatizar que los instrumentos de cribado sólo sirven como herramienta de guía y en ningún caso reemplazan la valoración clínica a la hora de realizar un diagnóstico. En el caso del ASRS-v1.1, esta afirmación cobra mayor relevancia al trabajar con pacientes drogodependientes, por la elevada probabilidad de encontrar casos de falsos positivos.

Para el presente trabajo no ha sido posible extraer datos respecto a la validez discriminante del ASRS-v1.1 en relación a la psicopatología asociada, debido al tamaño de la muestra. Sin embargo, se considera que este aspecto es crítico para futuras aportaciones. También, resultaría de gran interés analizar el funcionamiento de la prueba en diferentes conglomerados de sujetos, por ejemplo, en función de la droga de dependencia, ya que no se puede asumir sin previa comprobación que el ASRS-v1.1 se comporta igual entre sujetos dependientes de alcohol y de cocaína.

En conclusión, el ASRS-v1.1 constituye un instrumento útil en la detección de TDAH en centros de tratamiento de drogodependientes, donde como se ha planteado, muchas veces los clínicos no integran el TDAH como parte del protocolo diagnóstico¹⁹. Es un cuestionario sencillo, de fácil administración y con baja carga para el paciente. El análisis factorial indica que la mejor solución es identificar dos factores, uno referido a inatención y otro a hiperactividad, lo que otorga validez de constructo a la prueba. El análisis de la exactitud indica que el porcentaje de sensibilidad es adecuado y el de especificidad sólo moderado, debiéndose tener en consideración que en la población drogodependiente suelen encontrarse más falsos positivos que en la población general. En cuanto al 20% de la prevalencia de TDAH encontrada en este estudio, se observa que concuerda con hallazgos realizados en Estados Unidos, pero son necesarios estudios que evalúen adecuadamente la psicopatología comórbida y con muestras más amplias en este contexto para obtener estimaciones precisas. Finalmente se considera de relevancia el aporte hacia la detección de TDAH en población drogodependiente, ya que pacientes con ambos trastornos suelen tener peor pronóstico en el tratamiento y deberían ser tratados de manera integrada²³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O. 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.
2. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617-27.

3. Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ, Frances RJ. Comorbidity and attention-deficit/hyperactivity and psychoactive substance use disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:421-35.
4. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE, et al. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: finding from multiplex families. *Am J Psychiatry* 2005;162:1621-7.
5. Wilens T. The Nature of the Relationship Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use. *J Clin Psychiatry* 2007;68:4-8.
6. Wilens TE, Dodson W. A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *J Clin Psychiatry* 2004;65(10):1301-13.
7. Sullivan MA, Rudnik-Levin F. Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Diagnostic and therapeutic considerations. *Ann N Y Acad Sci* 2001;931:251-70.
8. Davids E, von Büнау U, Specka M, Fischer B, Scherbaum N, Gastpar M. History of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms and opioid dependence: a controlled study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005;29:291-96.
9. Sharps MJ, Price-Sharp JL, Day SS, Villegas AB, Nunes MA. Cognitive predisposition to substance abuse in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Addict Behav* 2005;30:355-59.
10. Elkins IJ, McGue M, Iacono WG. Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(10):1145-52.
11. Biederman J, Wilens TE, Mick E, Spencer TJ. Psychoactive substance use disorders in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995;152:1652-58.
12. Mannuzza S, Klein RG, Abikoff H, Moulton JL. Significance of childhood conduct problems to later development of conduct disorder among children with ADHD: a prospective follow-up study. *J Abnorm Child Psicol* 2004; 32: 565-73.
13. Biederman J, Wilens TE, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biol Psychiatry* 1998;44(4):269-73.
14. OMS, Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra, 2002.
15. Ramos-Quiroga JA, Bosch-Munsó R, Castells-Cervelló X, Nogueira-Morais M, García-Gimenez E, Casas-Brugué M. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: a clinical and therapeutic characterization. *Rev Neurol* 2006;42(10):600-6.
16. Weiss M, Murray C. Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *CMAJ* 2003;168(6):715-22.
17. Donnelly C, Reimherr F, Young J. Differential diagnosis and treatment of adult ADHD and neighboring disorders. *CNS Spectrums* 2006;11:1-14.
18. Davids E, Gastpar M. Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005;29(6):865-77.
19. Levin FR, Upadhyaya HP. Diagnosing ADHD in adults with substance use disorder: DSM-IV criteria and differential diagnosis. *J Clin Psychiatry* 2007;68(Supl. 11): 9-14.
20. Rosler M, Retz W, Thome J, Schneider M, Stieglitz RD, Falkai P. Psychopathological rating scales for diagnostic use in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 2006;256:3-11.
21. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005;35(2):245-56.
22. Pedrero Pérez EJ, Puerta García C. ASRS v.1.1, a tool for attention-deficit/hyperactivity disorder screening in adults treated for addictive behaviors: psychometric properties and estimated prevalence. *Adicciones* 2007;19(4):393-407.
23. Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford, 2006.
24. Epstien J, Johnson D, Conners CK. Conner adult ADHD diagnostic interview for DSM IV. North Tonawanda (NY): Multi-Health Systems, 1999.
25. Bobes J, González MP, Sáiz PA y Bousoño M. Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría 1996:201-18.
26. Spitzer R, Robert L y Gibbon M. SCID-I, Version clínica, entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM. Barcelona: Masson, 1996.
27. First M, Gibbon M, Spitzer R. SCID-II, Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV. Barcelona: Masson, 2003.
28. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 2000;157:816-18.
29. Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD. An overview. *Ann N Y Acad Sci* 2001 06;931:1-16.
30. Pérez de los Cobos JC, Valderrama JC, Cervera G, Rubio G. Tratado SET de Trastornos Adictivos. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2006.