

# Síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en pacientes adultos con trastornos alimentarios

<sup>1,3</sup> Nils Erik Svedlund, <sup>1,3</sup> Claes Norring, <sup>1,2</sup> Ylva Ginsberg and <sup>1,3</sup> Yvonne von Hausswolff-Juhlin

<sup>1</sup>Centre for Psychiatry Research, Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

<sup>3</sup>Stockholm Centre for Eating Disorders, att: Nils Erik Svedlund, Wollmar Yxkullsgatan 27 B, 11850 Stockholm, Sweden

## Resumen

**Antecedentes:** se sabe muy poco acerca de la prevalencia de los síntomas del TDAH en la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón y aún menos en otros trastornos de la alimentación. Esta laguna de conocimiento tiene importancia clínica ya que el tratamiento con estimulantes se ha demostrado efectivo en el trastorno por atracón y se discute como una posibilidad para el tratamiento de la bulimia nerviosa. El objetivo de este estudio era explorar la prevalencia y los tipos de síntomas de TDAH autorreportados en un grupo no seleccionado de pacientes con trastornos alimentarios evaluados en una clínica especializada en trastornos alimentarios.

**Métodos:** En total se evaluó a 1.165 adultos con un trastorno alimentario, con una batería de instrumentos estandarizados para medir, entre otros, la detección del TDAH, las variables demográficas, los síntomas del trastorno alimentario y la comorbilidad psiquiátrica. Para las variables categóricas se usaron las pruebas de chi-cuadrado y para las variables continuas las pruebas de Kruskal-Wallis.

**Resultados:** Casi un tercio (31,3%) de los pacientes puntuaron por encima del punto de corte de cribado indicando un posible TDAH. Las tasas de prevalencia más altas (35-37%) se encontraron en Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa, subtipo de atracones y purgas, mientras que los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados de otro modo tipo 1-4 y los pacientes con Trastorno por Atracón reportaron ligeramente por debajo de la media (26-31%), y el subtipo restrictivo de anorexia nerviosa incluso más bajos (18%). La presencia de atracones, purgas, pérdida de control sobre la alimentación y el IMC no anoréxico se relacionaron con resultados que indican un posible TDAH. La comorbilidad psiquiátrica se correlacionó con los síntomas del TDAH sin explicar las diferencias entre los diagnósticos de trastornos alimentarios.

**Conclusiones:** Existe una alta frecuencia de síntomas de TDAH en pacientes con trastorno por atracón y pacientes con trastorno purgativo que motivan estudios adicionales, en particular con respecto a los efectos de los medicamentos para el TDAH. El hallazgo de que la frecuencia de los síntomas del TDAH en la anorexia nerviosa con atracones / purgas sea tan alta como en la bulimia nerviosa también destaca la necesidad para este grupo.

## Abreviaturas:

TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad; AN: anorexia nerviosa; ans.: ansiedad; ASRS: escala de autoevaluación de TDAH en adultos de la OMS; TPA: Trastorno por atracones; IMC: índice de masa corporal; BN: bulimia nerviosa; AP: atracones / purgas; com.: compulsivo; CPRS: escala de calificación psiquiátrica integral; dep.: Depresión; DSM-IV TR: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales 4ª edición revisión de texto

**Palabras clave**

**TDAH, anorexia nerviosa,  
trastorno por atracón,  
bulimia nerviosa, comorbilidad,  
trastornos de la alimentación,  
prevalencia, purga**

**Antecedentes**

Se sabe muy poco acerca de la prevalencia de los síntomas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en la Bulimia Nerviosa (BN) y el Trastorno Por Atracón (TPA) e incluso menos en otros Trastornos de la Alimentación (TA)<sup>1</sup>. Esta brecha de conocimiento tiene una importancia clínica nada menor, ya que el tratamiento estimulante se ha demostrado efectivo en el TPA<sup>2,3</sup> y se analiza como una posibilidad de tratamiento para la BN<sup>4,5</sup>.

**Tanto el TA como el TDAH son trastornos comunes y graves con síntomas debilitantes de larga duración**

La prevalencia a lo largo de la vida del TA en las mujeres se ha estimado en un 0,9% para la anorexia nerviosa (AN), un 1,5% para la BN y un 3,5% para la TPA<sup>6</sup>. En un artículo de revisión, la tasa de mortalidad por 1.000 personas / año fue de 5,1 (IC del 95%: 3,99 a 6,14) para AN y de 1,74 (IC del 95%: 1,09 a 2,44) para BN; las tasas de recuperación a 5 años fueron del 69% para AN y del 55% para BN, respectivamente<sup>7</sup>. Las mujeres superan con creces a los hombres en muestras clínicas para la mayoría de los diagnósticos de TA, excepto para el TPA donde la proporción de sexos es menos extrema<sup>8</sup>. El TA restrictivo predomina durante la infancia y el bulímico en la edad adulta<sup>9</sup>. Además, existe una alta comorbilidad de otros trastornos psiquiátricos en el TA<sup>10,11</sup>.

Para el TDAH, un metaanálisis estimó una prevalencia de 5,9 a 7,1% en niños y adolescentes y de un

5% en adultos jóvenes<sup>12</sup>. El TDAH se clasifica en tres tipos: hiperactivo, inatento y combinado. El tipo inatento es más común entre las niñas en comparación con los niños<sup>13</sup>. En general, el curso del TDAH incluye una disminución de los síntomas de hiperactividad e impulsividad, mientras que la falta de atención persiste con el tiempo<sup>14</sup>. La detección y el diagnóstico tienden a ser más tardíos y menos frecuentes en las mujeres que en los hombres, probablemente en relación con los niveles más bajos observados de extroversión y agresión en las mujeres<sup>13</sup>. Las niñas diagnosticadas con TDAH también tienen menos probabilidades de ser tratadas con medicamentos que los niños<sup>15</sup>. El conocimiento entre los clínicos de que el TDAH existe en la edad adulta también suele ser limitado<sup>16</sup>. La coexistencia del TDAH y el TA se ignora fácilmente. Debido a la distribución sesgada de género donde las mujeres superan en número a los hombres en el TA, esto podría llevar a una subestimación significativa del TDAH en las poblaciones de TA.

**Existe una superposición en la prevalencia y la respuesta al tratamiento entre el TDAH y el TA**

Con respecto a la prevalencia, una revisión concluyó que las mujeres con TDAH tenían un mayor riesgo de desarrollar TA; las tasas de BN encontradas en el TDAH oscilaron entre el 1 y el 12% frente al 0-2% en los grupos control<sup>17</sup>. En un estudio transversal, la prevalencia de TPA en el TDAH fue del 8,1% en comparación con el 2,6% en la población general<sup>18</sup>. *Seitz et al.*<sup>5</sup> encontraron que las tasas de prevalencia de TDAH en la infancia eran del 21% en pacientes con BN versus 2,5% en controles sanos pareados. *Blinder et al.*<sup>10</sup> encontraron TDAH comórbido en el 6% de una muestra retrospectiva grande de 2.436 pacientes hospitalizadas con TA. *Yates, Lund, Johnson, Mitchell y McKee*<sup>19</sup> encontraron que el 21% de 189 mujeres internadas con TA reportaron al menos seis síntomas actuales de TDAH. *Wentz et al.*<sup>20</sup> encontraron que el 17% de una muestra pequeña ( $n = 30$ ) de TA de larga duración (media 9,5 años; IC del 95% 6,2–12,8) cumplía los criterios de TDAH con síntomas actuales y en la niñez. En una muestra representativa a nivel nacional, la aparición de TDAH en niñas jóvenes se asoció con el TA subsiguiente para las mujeres y con conducta de atracones

y/o purgas, pero no con un conducta restrictiva<sup>21</sup>. El TA y el TDAH comparten problemas con la impulsividad, la depresión, la ansiedad y la baja autoestima y se ha propuesto una cadena causal donde los problemas del TDAH contribuyen al desarrollo del TA<sup>22</sup>.

Con respecto a la superposición en la respuesta al tratamiento entre el TDAH y la BN/TPA, varios informes de casos han observado una reducción rápida y significativa de la alimentación compulsiva y los síntomas de purga cuando los pacientes con BN/TPA y TDAH coexistentes eran tratados con estimulantes<sup>23-29</sup>. *Dukarm*<sup>25</sup> plantea tres posibles explicaciones para esta eficacia observada del tratamiento estimulante para la BN: a) una fisiopatología común entre el TDAH y la BN. Una hipótesis es que los sistemas de dopamina desregulados tanto en el TDAH como en el BN / TPA conducen a conductas de riesgo (por ejemplo, juegos de azar, abuso de sustancias o atracones) para mejorar el sistema de recompensas. b) El TDAH no tratado allana el camino para la BN (véase arriba) y c) El efecto supresor del apetito de los estimulantes disminuye el deseo de atracarse y purgarse. En este caso, el efecto de los estimulantes sobre la BN/TPA sería independiente de un TDAH comórbido. Se encuentra algo de apoyo para esto en un pequeño estudio doble ciego controlado con placebo en 8 pacientes con BN, sin TDAH conocido, tratado con metanfetamina intravenosa. A pesar del pequeño tamaño de la muestra, la metanfetamina redujo significativamente la alimentación compulsiva y la purga<sup>30</sup>. Además, en dos estudios aleatorizados, la lisdexamfetamina redujo los síntomas de comer en exceso en adultos con TPA, incluso cuando se excluía a aquellos con TDAH previamente conocido<sup>2,3</sup>.

Dada la alta prevalencia y los síntomas debilitantes del TA bulímico y el TDAH, y su superposición sustancial, tanto en términos de prevalencia como de respuesta al tratamiento, es importante explorar más a fondo la relación entre estas condiciones. La menor probabilidad de detección del TDAH y el tratamiento estimulante en las mujeres en comparación con los hombres, en combinación con la distribución sesgada del género, también podría contribuir al aumento de las tasas de prevalencia y al deterioro de los resultados del tratamiento en el TA

bulímico. Examinamos la relación entre los síntomas de TA y TDAH en adultos de ambos sexos utilizando datos de registros de calidad, recopilados prospectivamente, que cubren la gama completa de diagnósticos de TA.

## Objetivo

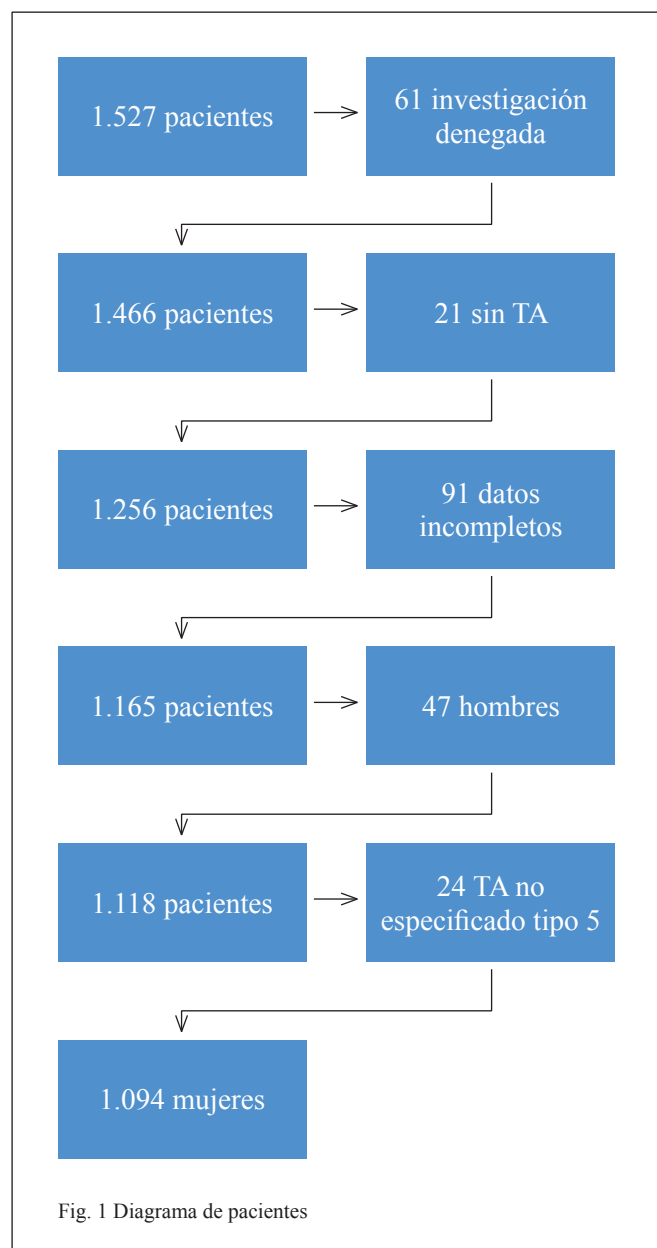
Uno de los objetivos de este estudio era explorar la prevalencia y los tipos de síntomas de TDAH autorreportados en un grupo grande y no seleccionado de pacientes con TA evaluados en una clínica especializada en TA. Otro objetivo era investigar las relaciones entre los síntomas del TDAH y los diagnósticos y síntomas del TA.

Las preguntas específicas que se abordaron fueron: a) ¿Cuál es la prevalencia de los síntomas de TDAH autorreportados en el TA grave? b) ¿La prevalencia y los tipos de síntomas de TDAH autorreportados difieren entre los diagnósticos y los síntomas del TA? Y c) ¿La relación entre los síntomas del TDAH y los diagnósticos del TA se ve influida por síntomas depresivos, ansiosos u obsesivos-compulsivos?

## Métodos

### Participantes

Como se muestra en la Fig. 1, 1.527 pacientes adultos consecutivos buscaban ayuda en el Centro de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Estocolmo (SCED) desde el 4 de febrero de 2013 hasta el 18 de septiembre de 2015. De estos, 61 no aceptaron participar en la investigación, 210 no cumplían con los criterios del DSM-IV para un diagnóstico de trastorno de la alimentación y otros 91 fueron excluidos porque los datos estaban incompletos. De los restantes, 47 eran varones. Debido a sus diferencias documentadas en los síntomas del TDAH en comparación con las mujeres, con un riesgo de confundir los resultados, los hombres se describen por separado y no se incluyen en los análisis estadísticos. El pequeño grupo ( $n = 24$ ) de trastorno alimentario no especificado de otra manera (TANE) de



tipo 5, tiene síntomas diferentes e inusuales en comparación con todos los otros diagnósticos de TA y, por lo tanto, tampoco se incluyó en los análisis estadísticos, lo que deja un total de 1.094 participantes femeninas a analizar. Los datos descriptivos que incluyen hombres y TANE tipo 5 se presentan en la Tabla 1.

Los participantes tenían entre 18 y 70 años (media 27,7; DE 8,7) con un IMC que oscila entre 11,6 y 60,4 (media 23,3; DE 6,3). En total, el 41% vivía solo o con hijos propios (menores de 18 años) y el 88% trabajaba o estudiaba en el mercado abierto (Tabla 1).

## Medidas

Todos los participantes fueron evaluados con Stepwise, un sistema de control de calidad basado en la web para la atención clínica del TA<sup>31</sup>. Desde Stepwise, utilizamos datos de la Entrevista Estructurada para el diagnóstico de Trastornos Alimentarios (SEDI)<sup>32</sup> según el DSM, cuarta edición, revisión de texto (DSM-IV TR). Para facilitar los análisis, agrupamos los diagnósticos lo más estrictamente posible por los síntomas de restricción, atracones y purgas, es decir, el subtipo restrictivo de AN (AN-R), el subtipo atracón / purga de AN (AN-AP), subtipo purgativo y no purgativo de BN (BN), TANE tipos 1–2 [TANE-R (R = restrictivo)], TANE tipos 3–4 [TANE-AP (AP = atracón / purga)], TANE tipo 5, y TPA que se clasifica como TANE tipo 6 en el DSM-IV TR. La SEDI también identifica a pacientes individuales con atracones, purgas y pérdida de control sobre la alimentación. En la validación preliminar de la SEDI contra el Examen de Trastornos de la Alimentación ampliamente validado internacionalmente<sup>33</sup>, la entrevista mostró una concordancia del 81% para el diagnóstico específico de TA y una Tau-b de Kendall de 0,69 ( $p < 0,0001$ )<sup>32</sup>. Además, utilizamos datos demográficos de Riksät, el registro nacional de calidad para el tratamiento del TA<sup>34</sup>. Desde Stepwise también se utilizó la Escala de Evaluación Psiquiátrica Integral (CPRS), un instrumento de autoinforme para la depresión, la ansiedad y la obsesión-compulsión<sup>35</sup>. Se ha reportado que la correlación entre las autoevaluaciones y las calificaciones de las entrevistas basadas en la Escala de Calificación de la Depresión de Montgomery-Åsberg y la Escala Breve para la Ansiedad es superior a 0,87 y 0,80 respectivamente<sup>35</sup>. Para este estudio, se agregó a Stepwise la versión de la Escala de Autodetección del Trastorno por Déficit de Atención del Adulto de la Organización Mundial de la Salud (ASRS-cribado) para los síntomas de TDAH. Este instrumento consta de cuatro preguntas que abordan los síntomas de déficit de atención y dos preguntas para los síntomas de hiperactividad / impulsividad. Cada pregunta tiene cinco alternativas de respuesta; nunca, raramente, a veces, a menudo y muy a menudo, puntuadas de 0 a 4<sup>36</sup>. La suma total se usó como la puntuación del rasgo ASRS (ASRSTS; rango 0-24) y la escala dicotomizada (0-13 / 14-24) para

Tabla 1 Datos demográficos a través de diagnósticos de TA y género.

Trastorno alimentario	Número	Media Edad Años (TA)	IMC (DE)	Viviendo solo <sup>b</sup> % (n/N) <sup>a</sup>	Trabajo/estudiando <sup>c</sup> %(n/N) <sup>a</sup>
Mujeres	1118	27,6 (8,6)	23,1 (6,0)	40,5 (394/973)	88,1 (966/1096)
AN-R	68	23,2 (6,6)	15,8 (1,4)	22,7 (15/66)	81,8 (54/66)
AN-AP	37	24,1 (6,2)	16,3 (0,9)	21,2 (7/33)	86,5 (32/37)
TANE-R	148	26,3 (8,1)	21,3 (5,8)	39,1 (54/138)	84,9 (124/146)
BN	421	27,6 (7,7)	23,8 (4,6)	45,1 (167/370)	90,2 (370/410)
TANE-AP	329	27,4 (8,1)	22,9 (4,6)	39,9 (110/276)	89,9 (294/327)
TA	91	34,2 (11,8)	33,0 (6,9)	51,5 (34/66)	83,0 (73/88)
TANE-S	24	29,8 (13,2)	20,1 (4,1)	29,2 (7/24)	86,4 (19/22)
Hombres	47	31,5 (10,9)	28,1 (9,9)	42,5 (17/40)	89,4 (42/47)
Total	1165	27,7 (8,7)	23,3 (6,3)	40,6 (411/1013)	88,2 (1.008/1.143)

<sup>a</sup>datos incompletos, <sup>b</sup>viviendo solo o con sus propios hijos (menores de 18 años), <sup>c</sup>trabajando / estudiando en el mercado abierto  
 AN-R (anorexia nerviosa subtipo restrictivo), AN-AP (anorexia nerviosa subtipo atracón purga), TANE (trastorno alimentario no especificado de otra manera), BN (bulimia nerviosa subtipos purgativa y no purgativa), TPA (trastorno por atracón =TANE 6)  
 DE (desviación estándar), n (número con criterios), N (número en el grupo TA analizado)

identificar posibles casos de TDAH [37]. Las cuatro preguntas de *déficit de atención* y las dos preguntas de *hiperactividad / impulsividad* también se utilizaron por separado como puntuación de rasgo de falta de atención (ITS; rango 0-16) y puntuación de rasgo de hiperactividad (HTS; rango 0-8) según lo propuesto por *Das, Cherbuin, Butterworth Anstey y Easteal* [38]. Según *Kessler y col.* <sup>37</sup>, la confiabilidad de la consistencia interna del cribado ASRS estaba en el rango de 0,63-0,72. En el estudio actual, el coeficiente alfa de Cronbach para el cribado ASRS fue 0,82, con las subescalas mostrando cifras similares (ITS = 0,84 y HTS = 0,73).

### Análisis estadístico

Todos los análisis se realizaron con la versión 23 de IBM SPSS Statistics. Aunque las estadísticas de Kolmogorov-Smirnov fueron significativas para todos los parámetros continuos, todos se distribuyeron con bastante normalidad a partir de los histogramas. Los análisis preliminares se realizaron y no revelaron una violación importante de los supuestos de linealidad, homogeneidad de varianzas, homogeneidad de pendientes de regresión u homoscedasticidad. Se eligieron pruebas no paramétricas ya que la ASRS y la CPRS no cumplen con los criterios para una escala de intervalo, y porque los tamaños de los grupos para los diferentes diagnósti-

cos de TA variaban considerablemente, lo que, al menos en cierta medida, podría comprometer el supuesto de normalidad. Las pruebas de chi cuadrado para la independencia se utilizaron para analizar los diagnósticos de la escala ASRS dicotomizada (0-13 / 14-24) versus los diagnósticos y los síntomas del TA, respectivamente. Las pruebas de Kruskal-Wallis se realizaron para comparar la puntuación de rasgo de ASRS, las puntuaciones de ITS, HTS y CPRS entre los diagnósticos de TA, con las pruebas de U de Mann-Whitney de seguimiento con las correcciones de Bonferroni para analizar las diferencias de grupo para la puntuación de rasgo de la ASRS y la CPRS entre AN-R y el TA atracón / purga (AN-AP, AN, TANE-AP, TPA). Los análisis de correlación de la rho de Spearman se realizaron entre las tres escalas CPRS (dep., ans. y com.) y la puntuación del rasgo ASRS. Todas las pruebas de significancia fueron de dos colas; nivel alfa del 5%.

## Resultados

### Prevalencia de los síntomas autorreportados de TDAH

La prevalencia de resultados del cribado ASRS que indican un posible TDAH (puntuación de rasgo ASRS



**Tabla 2** Características clínicas.

	Mujeres <sup>a</sup>	Hombres	TANE 5
Número	1.094	47	24
cribado ASRS $\geq 14$ n (%)	346 (31,6)	16 (34,0)	3 (12,5)
media ITS (DE)	6,95 (3,94)	7,47 (4,10)	6,17 (2,70)
Media HTS (DE)	3,85 (2,20)	3,96 (2,20)	3,42 (1,74)
Atracones n (%)	740 (67,6)	36 (76,6)	10 (41,7)
Purga n (%)	544 (49,7)	17 (36,2)	4 (16,7)
Pérdida de control sobre comer n (%)	859 (78,5)	35 (74,5)	11 (45,8)
IMC > 17,5 n (%)	968 (88,5)	47 (100)	18 (75,0)
CPRS dep media (DE)	10,56 (4,57)	9,97 (4,88)	9,17 (3,85)
CPRS ans media (DE)	9,67 (4,19)	8,65 (4,54)	8,54 (3,30)
CPRS com significa (DE)	9,16 (4,25)	8,28 (4,78)	9,10 (4,47)

<sup>a</sup>excluyendo TANE 5. ASRS (Escala de Autodetección del Trastorno por Déficit de Atención del Adulto de la Organización Mundial de la Salud) (rango 0-24), ITS (puntuación del rasgo de falta de atención; rango 0-16), HTS (puntaje del rasgo de hiperactividad; rango 0-8), CPRS (escala de calificación psiquiátrica integral), dep (depresión; rango 0-27), ans (ansiedad; rango 0-27), com (obsesión-compulsión; rango 0-24)

$\geq 14$ ) fue del 31,6% en mujeres ( $n = 1.094$ ). Para los grupos no incluidos en análisis posteriores, los resultados correspondientes fueron del 34,0% para hombres y del 12,5% para los pacientes que pertenecen al grupo TANE tipo 5, lo que resulta en una prevalencia de resultados de la prueba ASRS que indican un posible TDAH del 31,3% en todo el grupo de pacientes ( $n = 1165$ ). (Tabla 2).

### Diferencias en los síntomas autorreportados de TDAH entre los diagnósticos y los síntomas del TA

La mayor frecuencia de posible TDAH se encontró en BN y en AN-AP, respectivamente. Los pacientes con TANE-AP, TPA y TANE-R tenían frecuencias intermedias y AN-R tenía las más bajas. La diferencia en la puntuación de rasgo de ASRS  $\geq 14$  en los diagnósticos de TA fue significativa con un tamaño de efecto pequeño a medio [ $\chi^2 (5, n = 1.094) = 15,30, p = 0,009$ , V de Cramer = 0,12] (Tabla 3).

Las pruebas de Kruskal-Wallis revelaron diferencias estadísticamente significativas en los diagnósticos de TA para la puntuación de rasgo ASRS [ $\chi^2 (5, n = 1.094) = 31,89, p = 0,000$ ], puntuación de rasgo de inatención (ITS) [ $\chi^2 (5, n = 1.094) = 40,90, p = 0,000$ ] y la

puntuación del rasgo de hiperactividad (HTS) [ $\chi^2 (5, n = 1.094) = 12,84, p = 0,025$ ]

Se realizaron cuatro pruebas U de Mann-Whitney para cada una de las puntuaciones de rasgo de ASRS, ITS y HTS, comparando AN-R con todos los grupos de TA atracón / purga (AN-AP, BN, TANE-AP y TPA). Esto reveló diferencias significativas para la puntuación del rasgo ASRS en todos los pares probados además de AN-R / AN-AP ( $r = 0,19-0,25$ ), para ITS en todos los pares probados ( $r = 0,19-0,32$ ), y para HTS solo entre AN-R y TANE-AP ( $r = 0,13$ ). La puntuación del rasgo ASRS y el ITS registraron la puntuación media más alta en el grupo de BN ( $Md = 12$  y 8, respectivamente) y la puntuación media más baja en AN-R ( $Md = 7$  y 5 respectivamente). El HTS registró la puntuación media más alta 5 en AN-AP y la puntuación media más baja 3 en AN-R y TPA (Tabla 4).

Al explorar más a fondo la asociación a los síntomas del TA, se encontró que la ASRS  $\geq 14$  estaba relacionada positivamente con la alimentación compulsiva [ $\chi^2 (1, n = 1.094) = 8,08, p = 0,004, \Phi = 0,09$ ], la purga [ $\chi^2 (1, n = 1.094) = 8,52, p = 0,004, \Phi = 0,09$ ], la pérdida de control sobre la comida [ $\chi^2 (1, n = 1.094) = 5,51, p = 0,019, \Phi = 0,07$ ]  $\Phi = 0,07$ ] y el IMC > 17,5 [ $\chi^2 (1, n = 1.094) = 4,44, p = 0,035, \Phi = 0,07$ ].

### Influencia de los síntomas depresivos, ansiosos u obsesivo-compulsivos en la diferencia entre los diagnósticos de TA en el TDAH autorreportado

La puntuación del rasgo de ASRS tuvo una correlación positiva media fuerte con las escalas CPRS para la depresión ( $\rho = 0,38, p < 0,001$ ), ansiedad ( $\rho = 0,42, p < 0,001$ ) y obsesión-compulsión ( $\rho = 0,45, p < 0,001$ ), respectivamente. Las pruebas de Kruskal-Wallis revelaron diferencias estadísticamente significativas en los diagnósticos de TA para CPRS-dep. [ $\chi^2 (5, n = 1.094) = 13,15, p = 0,022$ ] pero no para CPRS-ans. ( $p = 0,245$ ) o CPRS-com. ( $p = 0,208$ ). Cuatro pruebas U de Mann-Whitney para CPRS-dep. por pares comparando la AN-R con todos los grupos de TA atracón / purga (AN-AP, BN, TANE-AP y TPA) no revelaron diferencias significativas (Tabla 4).

**Tabla 3** ASRS-cribado  $\geq 14$  a través de los diagnósticos de TA en mujeres

	AN-R	AN-AP	TANE-R	BN	TANE-AP	TPA	Total	$p^a$	$V$ de Cramer
% (n/N)	17,6 % (12/68)	35,1 % (13/37)	25,7 % (38/148)	37,1 % (156/421)	31,0 % (102/329)	27,5 % (25/91)	31,6 % (356/1094)	<0,01	0,12

Chi cuadrado (dos caras), n (número con cribado ASRS  $\geq 14$ ), N (número en este grupo TA)

Cribado ASRS Escala de Autodetección del Trastorno por Déficit de Atención del Adulto de la Organización Mundial de la Salud (rango 0-24).

AN-R (subtipo restrictivo de anorexia nerviosa), AN-AP (subtipo atracón / purga de anorexia nerviosa), TANE (trastorno de la alimentación no especificado de otra manera), BN (subtipo de purga y no purga de bulimia nerviosa), TPA (trastorno de la alimentación por atracón = TANE 6)

**Tabla 4** La U de Mann-Whitney por pares analiza las puntuaciones AN-R en los valores de TA de atracón/ purga y las puntuaciones medias en los grupos TA

		Puntuación media	U	Z	P	$\gamma$
AN-R	ASRSTS	7				
AN-AP (vs. AN-R)	ASRSTS	11	910	-2,34	0,019	0,23
BN (contra AN-R)	ASRSTS	12	8.942	-4,98	0,000*	0,23
TANE-AP (contra AN-R)	ASRSTS	10	7.922	-3,80	0,000*	0,19
TPA (contra AN-R)	ASRSTS	10	2.187	-3,17	0,002*	0,25
AN-R	ITS	5				
AN-AP (vs. AN-R)	ITS	7	855	-2,72	0,007*	0,26
BN (contra AN-R)	ITS	8	8.480	-5,41	0,000*	0,24
TANE-AP (contra AN-R)	ITS	6	7.982	-3,73	0,000*	0,19
TPA (contra AN-R)	ITS	7	1930	-4,07	0,000*	0,32
AN-R	HTS	3				
AN-AP (vs. AN-R)	HTS	5	1.033	-1,53	0,127	0,15
BN (contra AN-R)	HTS	4	11.801	-2,34	0,019	0,11
TANE-AP (contra AN-R)	HTS	4	8.995	-2,57	0,010*	0,13
TPA (contra AN-R)	HTS	3	2.959	-0,47	0,635	0,04
AN-R	CPRS-dep	9,5				
AN-AP (vs. AN-R)	CPRS-dep	11,5	955	-2,03	0,042	0,06
BN (contra AN-R)	CPRS-dep	11,0	11.901	-2,23	0,026	0,07
TANE-AP (contra AN-R)	CPRS-dep	10,0	9.947	-1,44	0,150	0,04
TPA (contra AN-R)	CPRS-dep	10,0	2.763	-1-16	0,248	0,04

\* = sign. (cuando se aplica un ajuste de Bonferroni de  $0,05 / 4 = 0,013$  para los valores alfa)

ASRSTS (puntuación de rasgo de la Escala de Autodetección del Trastorno por Déficit de Atención del Adulto de la Organización Mundial de la Salud; rango 0–24), ITS (puntaje de rasgo de falta de atención; rango 0–16), HTS (puntaje del rasgo de hiperactividad; rango 0–8), CPRS-de Escala integral de calificación psiquiátrica para la depresión; rango 0-27). AN-R (subtipo restrictivo de anorexia nerviosa), AN-AP (subtipo de atracón / purga de anorexia nerviosa), TANE-AP (trastorno de alimentación no especificado de otra manera / subtipo purga), BN (subtipo de purga y no purga de bulimia nerviosa), TPA (Trastorno por atracón = TANE 6)

## Discusión

### Prevalencia de síntomas autorreportados de TDAH

En esta serie consecutiva de adultos que buscaban ayuda en una gran clínica especializada en TA, el cribado ASRS estaba por encima del punto de corte ( $\geq 14$ ), lo que indica un posible TDAH en casi un tercio (31,3%) de todo el grupo de pacientes ( $n = 1.165$ ). Esta prevalencia es alta en comparación con las estimaciones de la frecuencia de TDAH en el TA en estudios previos: 5,3-21%<sup>5,10,19,20</sup>.

### Diferencias en los síntomas del TDAH autorreportados entre los diagnósticos y los síntomas del TA

Se observó una marcada diferencia en la frecuencia de los síntomas de TDAH entre los diagnósticos de TA. El cribado ASRS indicó un posible TDAH con el doble de frecuencia en pacientes con BN que en pacientes con AN-R. La AN-AP tenía niveles de cribado ASRS casi tan altos como la BN, lo que a nuestro entender no se había mostrado antes. Los pacientes con TANE-AP, TPA y TANE-R tuvieron frecuencias intermedias de resultados de cribado ASRS por encima del nivel de

punto de corte ( $\geq 14$ ). Aunque en nuestro estudio la AN-R tuvo una baja frecuencia indicando un posible TDAH (17,6%), todavía era alta en comparación con los hallazgos previos del 3%<sup>10</sup> y también en comparación con la prevalencia de TDAH entre adultos jóvenes en la sociedad 5%<sup>12</sup>. Una posible explicación de esta alta frecuencia podría ser que el cribado ASRS tiende a sobreestimar los síntomas del TDAH en esta población. Esto subraya la necesidad de un estudio de validación de la ASRS en una población TA. El hallazgo actual de un nivel muy alto de puntuaciones de cribado ASRS indicando TDAH en AN-AP está en línea con la observación de un grupo con TA de larga duración (media 9,5 años; intervalo de confianza del 95% 6,2 a 12,8), en el estudio de *Wentz et al.*<sup>20</sup> en el que el TDAH se encontró en AN-AP pero no en AN-R. Se asume que la AN-AP es pronóstico desfavorable<sup>39</sup> y, por lo tanto, tiene una gran necesidad de nuevas posibilidades de tratamiento.

El análisis de los síntomas del TA indicó una relación positiva significativa entre ASRS  $\geq 14$  y la presencia de conductas atracón / purga, pérdida de control sobre la alimentación e IMC > 17,5, sin embargo, con tamaños de efectos pequeños que limitan la interpretación de estos resultados. Nuestros resultados estaban de acuerdo con un estudio reciente, que incluyó una muestra representativa a nivel nacional, que mostró que el TDAH clínico se asociaba con atracones / purgas clínicas<sup>40</sup>.

Nuestro hallazgo de que el ITS tenía una relación más fuerte con el TA que el HTS había mostrado ser el caso del TDAH en adultos, donde los síntomas de hiperactividad / impulsividad son menos prominentes que en niños y adolescentes<sup>19</sup>. Sin embargo, tanto los síntomas de déficit de atención como los de hiperactividad / impulsividad del TDAH tienen importancia para la comorbilidad con el TA. Una posible explicación de esto podría ser que la pérdida de control es un problema central que varía tanto en el TDAH como en el TA. La inatención puede llevar a confusión y la impulsividad/hiperactividad puede causar acciones mal consideradas, que pueden contribuir a la pérdida de control. Este posible factor común parece estar aso-

ciado principalmente con las conductas de atracones y purgas. En el trabajo clínico, también es obvio que los pacientes con AN, a pesar de la impresión primaria del control extremo sobre la alimentación, tienden a experimentar una incertidumbre más o menos total sobre la suficiencia de su ingesta de alimentos, debido a sus obsesiones anoréxicas, dando como resultado la pérdida de control.

### **Influencia de los síntomas depresivos, ansiosos u obsesivo-compulsivos en la diferencia entre los diagnósticos de TA en el TDAH autorreportado**

Las fuertes correlaciones medias entre la puntuación del rasgo ASRS y la depresión, la ansiedad y la obsesión-compulsión respectivamente, estimadas con la CPRS, están en línea con la comorbilidad psiquiátrica alta para la depresión y la ansiedad tanto en el TDAH<sup>41</sup> como en el TA<sup>10,11</sup>. Sin embargo, para las tres variables de la CPRS, hubo diferencias significativas entre los diagnósticos de TA solo para la depresión de la CPRS y las comparaciones por pares entre el AN-R y los cuatro diagnósticos de TA atracón / purga (AN-AP, BN TANE-AP y TPA) no mostraban diferencias significativas para la depresión en la CPRS. En consecuencia, las variables de la CPRS no pueden explicar completamente las diferencias en la puntuación de rasgo de la ASRS entre los diagnósticos de TA.

### **Hombres y TANE 5**

Hubo muy pocos hombres y mujeres con un diagnóstico de TANE tipo 5 en el estudio para incluirlos en cualquier análisis estadístico significativo. Sin embargo, parece que la frecuencia de un posible TDAH entre los hombres se encuentra en el mismo nivel que entre las mujeres que hacen atracones y purgas, mientras que parece ser mucho más baja que en cualquier otro grupo entre los pacientes con TANE tipo 5.

### **“Conocimiento y lagunas de conocimiento”**

La TA y el TDAH comparten muchos síntomas<sup>22</sup> y el doble de diferencia en los resultados del cribado ASRS entre los diagnósticos del TA indican que estos



síntomas compartidos están relacionados principalmente con los atracones y los síntomas de purga del TA. Los tamaños del efecto para estas diferencias fueron de pequeños a medianos, lo que respalda el supuesto de otros factores diferenciadores además de los síntomas compartidos con el TDAH.

Existe una gran necesidad de realizar investigaciones dirigidas a comprender mejor la naturaleza de la asociación entre el TDAH y el TA. Debido a las limitaciones metodológicas, también sería muy útil si este estudio pudiera replicarse utilizando evaluaciones más detalladas de los síntomas del TDAH en una muestra lo más grande posible.

Hay evidencia acumulada de un buen efecto sobre los síntomas bulímicos cuando el TDAH comórbido se trata con estimulantes<sup>23-29</sup>. Además, dos estudios aleatorizados multicéntricos publicados recientemente demostraron que el estimulante lisdexanfetamina reducía los síntomas de la alimentación compulsiva en adultos con TPA, incluso al excluir a aquellos con diagnóstico de TDAH previamente conocido<sup>2,3</sup>. En el estudio de *Bleck y col.*<sup>40</sup> el TDAH subclínico, tanto inatento como hiperactivo / impulsivo, se asociaba con atracones / purgas subclínicos, pero no con conductas restrictivas. Tomados en conjunto, esto plantea la cuestión de si el grado de síntomas de TDAH, el diagnóstico confirmado de TDAH o los síntomas reales de TA son los parámetros más importantes para guiar las decisiones clínicas relacionadas con la medicación estimulante en pacientes adultos con TA. Esto motiva más ensayos aleatorios con tratamiento estimulante para pacientes con TA atracones / purgas con y sin un diagnóstico concomitante de TDAH. El hallazgo de síntomas de TDAH en AN-AP tan alto como en BN evoca la pregunta de si es posible probar medicamentos estimulantes también en este grupo, si se demuestra que son efectivos para BN. Sin embargo, debe tenerse en cuenta el riesgo debido a la supresión del apetito en un paciente con bajo peso. Otro posible enfoque para una comprensión más profunda podría ser un estudio longitudinal para investigar cómo el tratamiento para el TA interactúa con los síntomas del TDAH y viceversa.

### Fortalezas y limitaciones

Hay varios puntos fuertes a mencionar sobre este estudio. Primero, la cohorte constituye la admisión total de pacientes adultos en una sola clínica durante un cierto período de tiempo. En segundo lugar, la muestra de estudio es comparativamente grande. En tercer lugar, la muestra del estudio se recluta durante un período de tiempo prolongado (31 meses), lo que minimiza la confusión de las diferencias dependientes del tiempo. Cuarto, no hay demanda para una nota de admisión. Quinto, los hombres están incluidos. Por todo ello, sugerimos que estos resultados son representativos para pacientes adultos que buscan ayuda en una clínica especializada en TA.

Sin embargo, hay que considerar algunas limitaciones del estudio. Primero, un diagnóstico de TDAH postula la presencia de síntomas de TDAH desde la infancia. La escala ASRS utilizada en el presente estudio solo registra los síntomas del TDAH durante los últimos seis meses, lo que probablemente resulte en una sobreestimación de la prevalencia del TDAH. En segundo lugar, es poco probable que el uso de una escala de calificación muy corta para el TDAH identifique la gama completa de síntomas asociados con esta condición. En tercer lugar, el uso de instrumentos de autoinforme basados en la web hizo posible examinar una gran cohorte de pacientes. Algo que habría sido difícil si hubiéramos elegido métodos de diagnóstico que consumieran más tiempo. Sin embargo, esto también significa que nuestros resultados sufren los problemas de validez que acompañan el uso de los instrumentos de autoinforme. Cuarto, en una población como la presente que busca ayuda, podría haber un sesgo por sobreestimación de los síntomas. No hemos controlado la posibilidad de que este sesgo se distribuya de manera desigual en los diferentes diagnósticos del TA y distorsione nuestros resultados. En quinto lugar, los métodos de evaluación utilizados no proporcionan información que permita controlar otras posibles causas de síntomas similares al TDAH, como trastornos de la personalidad o disociativos, problemas de aprendizaje o médicos. Por lo tanto, no es posible descartar tales síntomas como explicaciones alternativas a nuestros resultados. Sexto,

el diseño transversal del estudio significa que no podemos establecer un vínculo causal entre los síntomas del TDAH y el TA. Séptimo, hay un cambio de la restricción a los diagnósticos de TA bulímicos y también un cambio de síntomas en el TDAH con el aumento de la edad, lo que significa que nuestros resultados pueden no ser aplicables a niños y adolescentes. Octavo, el número de hombres era demasiado pequeño para las estadísticas de subgrupos.

## Conclusiones

Este estudio prospectivo, que incluye una cohorte de pacientes mucho más extensa que los estudios previos, respalda los hallazgos anteriores de una alta frecuencia de síntomas de TDAH en diagnósticos separados de TA, especialmente aquellos con conductas de atracón / purga. El hallazgo de que los pacientes con AN del subtipo atracón / purga tienen resultados de la ASRS que indican un posible TDAH al nivel de los pacientes con BN es nuevo y necesita ser replicado. El estudio también brinda apoyo a las observaciones recientes de que los síntomas de TDAH inatento son más prominentes que los síntomas de hiperactividad / impulsividad en pacientes adultas femeninas con TA. Los pacientes con BN, TPA, TANE bulímico y subtipo de atracón / purga de AN podrían beneficiarse de una mejor comprensión de las conexiones entre sus síntomas de TDAH y sus TA. Se necesitan estudios adicionales sobre las implicaciones para esta comorbilidad, incluidos los ensayos de tratamiento controlado con estimulantes para el TA atracón / purga.

---

La Bibliografía y las tablas las pueden pedir a: [javellaneda@cat-barcelona.com](mailto:javellaneda@cat-barcelona.com).