

# PATRÓN DE COMORBILIDAD Y FACTORES QUE INFLUYEN EN EL SEGUIMIENTO DE ADULTOS DEL TDAH

Baca-García E<sup>a,b</sup>, Blasco-Fontecilla H<sup>b</sup>, Carballo JJ<sup>b</sup>, Lopez-Castroman J<sup>b</sup>, Basurte-Villamor I<sup>b</sup>, Sevilla J<sup>b</sup>, Navarro R<sup>b</sup>, Morant C<sup>c</sup>, Jimenez-Arriero MA<sup>d</sup>, Saiz-Ruiz J<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Molecular Imaging and Neuropathology Division, NYS Psychiatric Institute and Columbia University, 1051 Riverside Drive, 10032 New York, USA

<sup>b</sup>Fundación Jiménez Díaz University Hospital, Universidad Autónoma de Madrid, Avenida Reyes Católicos 2, Madrid 28040, Spain

<sup>c</sup>Department of Mental Health, Madrid Regional Health Council, Madrid, Spain

<sup>d</sup>Department of Psychiatry, Doce de Octubre University Hospital, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Avenida de Córdoba s/n, Madrid 28041, Spain

<sup>e</sup>Department of Psychiatry, Ramon y Cajal University Hospital, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Carretera de Colmenar Viejo Km 9,100 Madrid 28034, Spain

\*Corresponding autor : eb2452@columbia.edu



## Resumen

**INTRODUCCIÓN:** El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) persiste en la edad adulta, pero menos del 20% de los adultos son diagnosticados o tratados. El principal objetivo es estudiar el patrón de comorbilidad y que factores están relacionados con el seguimiento de adultos en niños o adolescentes con TDAH. **MÉTODOS:** En este estudio se usan los datos del registro de casos psiquiátricos de Madrid. Se incluyen todos los pacientes que han llegado a la edad adulta y que tienen más de tres visitas psiquiátricas desde 1992 con diagnóstico CIE-10. Usamos el método de Kaplan-Meier para valorar los datos de supervivencia y el X<sup>2</sup> para analizar la significación. Se realizó una regresión logística para ver los efectos de la edad, género, y comorbilidad psiquiátrica en la persistencia del seguimiento en la edad adulta. **RESULTADOS:** Nuestros hallazgos se refieren a los 32183 pacientes que cumplían nuestros criterios de inclusión. 2274 niños (6 niños menores de 2 años, 262 pre-escolares, 1365 niños de 6-12 años, y 641 adolescentes) fueron diagnosticados de TDAH. Tenían un menor riesgo de 'Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes' (OR=0.585, 95% CI=0.458-0.747), 'Trastornos afectivos' (OR=0.449, 95% CI=0.376-0.536), 'Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos' (OR=0.508, 95% CI=0.464-0.555), y 'Trastornos del comportamiento asociados a perturbaciones fisiológicas y factores físicos' (OR=0.594, 95% CI=0.517-0.682) comparado con pacientes sin TDAH. A la inversa, tenían un riesgo mayor de 'retraso mental' (OR=2.228, 95% CI=1.898-2.615), y de 'trastornos del desarrollo' (OR=2.587, 95% CI=2.319-2.887). Los factores que predecían el seguimiento en los servicios de salud mental de adultos eran ser mayor de 12 años en la primera evaluación psiquiátrica (OR=3.888, 95% CI=2.386-6.335) y presentar comorbilidad con varias categorías diagnósticas de la CIE-10. **CONCLUSIONES:** El diagnóstico del TDAH se asocia al retraso mental y a los trastornos del desarrollo. La comorbilidad y una mayor edad se asocian a un riesgo incrementado de seguimiento de adultos.

## Introducción

El TDAH es un trastorno multifactorial y clínicamente heterogéneo que se asocia a dificultades académicas y vocacionales, estrés familiar y supone una gran carga económica de los sistemas sanitarios (Biederman, 2005). Es un trastorno prevalente en los niños y adolescentes. Los estudios epidemiológicos señalan que el TDAH se presenta en un 4-7% de los niños a lo largo del mundo (Spencer et al., 2007).

Hasta recientemente se ha propagado el mito de que el TDAH mejora con la edad, lo que no parece ajustarse a la realidad. Se calcula que la tasa de remisión del TDAH es de aproximadamente un 60% (Biederman et al., 2000; Hill and Schoener, 1996). Sin embargo, la mayoría de los sujetos siguen presentando un gran número de síntomas de adultos (Biederman et al., 2000). De hecho, aunque hoy se reconoce que el TDAH persiste con frecuencia en la edad adulta, menos de un 20% de los adultos con TDAH son diagnosticados o tratados (Newcorn JH, 2007).

En nuestro estudio epidemiológico pretendemos analizar que factores predicen el seguimiento en los servicios de salud mental en la edad adulta en aquellos niños o adolescentes que fueron diagnosticados de TDAH. Las características de nuestro estudio no nos permiten predecir que factores están asociados a la remisión en el TDAH. Sin embargo, sí podemos estudiar los factores asociados a la búsqueda de tratamiento en los servicios de salud mental de adultos. Diferentes factores podrían contribuir a la persistencia del TDAH a lo largo del desarrollo evolutivo. Por ejemplo, es difícil establecer si la edad de derivación a los servicios de salud mental infantojuveniles se asocia a un mejor o peor pronóstico. Respecto al género, aunque el perfil sintomatológico es similar en niños y niñas (Sharp et al., 1999), se trata de un trastorno que se diagnostica menos frecuentemente en niñas (Bauermeister et al., 2007; Pastura et al., 2007). Dado que la respuesta de las niñas a los estimulantes es similar a la de los chicos (Sharp et al., 1999), al no ser diagnosticadas a tiempo, podríamos estar empeorando la evolución del TDAH en las niñas. Finalmente, la presencia de comorbilidad podría ser otro factor de mal pronóstico. La mayoría de niños diagnosticados de TDAH tienen al menos un diagnóstico comórbido (Reimherr, 2006), preferentemente trastorno oposicionista de la conducta y trastorno de conducta (Hurtig et al., 2007; Jensen et al., 2001; Kadesjo and Gillberg, 2001; Pastura et al., 2007; Pliszka, 2007). Desafortunadamente, la mayoría de estudios no ha abordado el problema de la comorbilidad como factor moderador o predictor de la evolución en los niños con TDAH en tratamiento (Ollendick et al., 2008).

## Métodos

El *Madrid Psychiatric Cumulative Register Study (MPCRS)* es un estudio epidemiológico de estabilidad diagnóstica a lo largo del tiempo (Baca-García et al., 2007). Se parte de una población de 105152 niños y adolescentes identificados en la base de datos acumulativa de los datos clínicos en Madrid desde 1986. Los niños fueron evaluados desde 1983 a 2008 por psiquiatras o psicólogos. Cada usuario tiene un código que permite su anonimato y la fiabilidad de los datos. Todos los datos duplicados se eliminaron de la base de datos.

### Participantes

De la muestra original, se seleccionaron aquellos pacientes que estaban siendo seguidos de adultos y que cumplían los siguientes criterios: 1) Tenían 18 o más años cuando hicimos este estudio; 2) tenían un diagnóstico CIE-10; 3) tenían 3 o más visitas durante la infancia o adolescencia (n=32183). Los sujetos fueron clasificados en relación a la edad que tenían en su primera visita a los servicios de salud mental infanto juveniles: bebés (hasta los 23 meses), niños pre-escolares (2-5 años), niños en edad escolar (6-12 años), y adolescentes (13-18 años).

### Procedimiento

Se usaron los diagnósticos CIE-10 (World Health Organization, 1992). Dado que el diagnóstico de TDAH requiere de una evaluación clínica exhaustiva (Barkley, 1998) y aunque el uso de escalas es recomendable, el diagnóstico se basa en los síntomas (Gathje et al., 2008). Asimismo, la mayor parte de médicos de primaria necesitan al menos dos visitas para confirmar el diagnóstico de TDAH (Chan et al., 2005). Nosotros establecimos que eran necesarias al menos tres visitas para establecer el diagnóstico de TDAH.

### Análisis de datos

Analizamos los datos de los 32183 pacientes adultos que al menos habían sido vistos tres veces en la infancia y adolescencia. Primero usamos la Chi<sup>2</sup> para evaluar la comorbilidad. En segundo lugar, usamos el método de Kaplan-Meier para estimar la probabilidad de un niño o adolescente de ser valorado en los servicios de salud mental de adultos. Finalmente, realizamos una serie de regresiones logísticas para evaluar el papel de la edad, género y comorbilidad. Para los análisis, usamos el paquete estadístico SPSS versión 14.0 para Windows.

## Resultados

Tres factores se asociaron a un riesgo aumentado de seguimiento en los servicios de salud mental de adultos:

- 1) En primer lugar, tener entre 6 y 12 años en la primera evaluación en los servicios de salud mental (OR=1.643, 95% CI=1.019-2.648) y sobre todo, tener 12 o más años (OR=3.888, 95% CI=2.386-6.335)
- 2) En segundo lugar, el género femenino (OR=1.414, 95% CI=1.057-1.893)
- 3) Finalmente, la comorbilidad con 'Trastornos mentales y del comportamiento debidos a drogas' (OR=2.479, 95% CI=1.364-4.504), 'Esquizofrenia, Schizophrenia, trastorno esquizotípico y delirantes' (OR=4.351, 95% CI=2.331-8.123), 'Trastornos del ánimo (afectivos)' (OR=5.180, 95% CI=3.338-8.038), 'Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos' (OR=2.688, 95% CI=2.101-3.439) y 'Retraso mental' (OR=3.075, 95% CI=2.130-4.438). Los resultados resumidos se presentan en la tabla 2.

Tabla 1. Riesgo de seguimiento de adultos.

		TDAH (niños o adolescentes)		n
		NO	SI	
% de pacientes seguidos en servicios de salud mental de adultos	NO	19113 (63.90%)	1849 (81.31%)	20962
	SI	10796 (36.10%)	425 (18.68%)	11221
	n	29909	2274	32183

OR= 2.329 [2.101-2.581, CI 95%], FET p<0.001

Tabla 2. Factores que predicen el seguimiento de adultos de niños y adolescentes diagnosticados con TDAH

	OR (95% CI)	Significación (Fisher's Exact Test, FET)
Niños en edad escolar (6-12 years old)	1.643 (1.019-2.648)	FET P=0.042
Adolescentes (12-18 years old)	3.888 (2.386-6.335)	FET P=0.001
Género (niñas)	1.414 (1.057-1.893)	FET p=0.020
F10-F19 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos a sustancias drogas)	2.479 (1.364-4.504)	FET P=0.003
F20-F29 (Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos delirantes)	4.351 (2.331-8.123)	FET P<0.001
F30-F39 (Trastornos afectivos)	5.180 (3.338-8.038)	FET P<0.001
F40-F48 (Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos)	2.688 (2.101-3.439)	FET P<0.001
F70-F79 (Retraso mental)	3.075 (2.130-4.438)	FET P<0.001

## Conclusiones

Tres factores predicen el riesgo de seguimiento en los servicios de salud mental de adultos en los niños y adolescentes diagnosticados de TDAH: en primer lugar, una mayor edad en la primera evaluación; en segundo lugar, el género femenino; y finalmente, la presencia de comorbilidad con diferentes trastornos, pero especialmente los trastornos afectivos y psicóticos.

### Referencias

1. Altman DG, Bland JM (1998), Time to event (survival) data. *British Medical Journal* 317: 468-9
2. Baca-García E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I, Fernandez del Moral AL, Jimenez-Arriero MA, Gonzalez de Rivera JL, Saiz-Ruiz J, Oquendo MA (2007), Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *British Journal of Psychiatry* 190: 210-6
3. Barkley R (1998), *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 2nd edition New York: Guilford Press
4. Biederman J (2005), Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological Psychiatry* 57: 1215-20
5. Biederman J., Faraone, S. V., Keenan, K., et al. (1992). Further evidence for family-genetic
6. risk factors in attention deficit hyperactivity disorder, Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples, *Archives of General Psychiatry*, 49, 728-738
7. Biederman J, Mick E, Faraone SV (2000), Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry* 157: 816-8
8. Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TE, Macpherson HA, Faraone SV (2008), Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: a naturalistic controlled 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry* 165: 597-603
9. Biederman J, Newcorn J, Sprich S (1991), Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry* 148: 564-77