

COMORBILIDAD EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA

INTRODUCCIÓN

Entendemos por comorbilidad al hecho de que un individuo presente simultáneamente varios trastornos psiquiátricos. En nuestro caso, la presencia conjunta de un trastorno disocial (trastorno de conducta) con otro. Para poder hablar de la presencia de comorbilidad el diagnóstico debe ser realizado de forma objetiva y sistemática.

Determinar la existencia de comorbilidad es importante porque se ha demostrado que un trastorno repercute en la evolución del otro condicionando su pronóstico, así como la modalidad de tratamiento.

Se han utilizado diferentes términos para el mismo concepto, aunque introduciendo el aspecto temporal. Así tenemos que se habla de *comorbilidad concurrente* cuando los dos trastornos aparecen simultáneamente y de *comorbilidad sucesiva* cuando uno precede al otro.

De todas formas, no todos los investigadores están de acuerdo. Para algunos la comorbilidad traduciría el fracaso y falta de especificidad de los actuales instrumentos de diagnóstico. Para los defensores, sería como negar la posible simultaneidad, por ejemplo, entre una amigdalitis y un infarto, entre una apendicitis y una neoplasia cerebral etc.

En este capítulo expondremos los resultados de las investigaciones más relevantes respecto a la comorbilidad Trastorno Disocial/TND, Trastornos de Conducta/TDAH, trastorno de conducta/trastornos afectivos, trastornos de conducta/trastornos de ansiedad, consumo de drogas y, finalmente hablaremos sobre los factores de riesgo conocidos.

COMORBILIDAD CON EL TND.

Esta comorbilidad presenta el problema de que para la CIE-10 ambos trastornos formarían parte de la misma categoría. Sin embargo, son numerosos los autores que mantienen la independencia de ambos en la medida que no todos los que presentan un TND presentarán un trastorno disocial.

Tal vez el trabajo más interesante en donde se plantean estos aspectos es el Green y cols (2002). Estos investigadores buscan los posibles lazos entre el TND y el trastorno disocial en una muestra de 1600 niños de 10 años. Realizan tres grupos.

- Un grupo con TND (643 sujetos).
- Grupo con TD (262 sujetos) y
- Grupo con TND y TD (675)

Se ponen en evidencia los siguientes aspectos:

- Del conjunto de niños que presentaban un TND, solo el 27,7% presentaban comorbilidad con el TD.
- Los niños con un TND presentarían mayor número de problemas psiquiátricos comórbidos: TDAH, trastorno bipolar, trastornos afectivos y de ansiedad.
- Los niños con TND presentarían una mayor conflictividad y disfunción intrafamiliar.
- Parece que los niños que presentaban un TD y un TND conformarían un grupo aparte, bastante bien diferenciado.
- Cuando aparece la agresividad asociada a un TND podría ser precursor de un trastorno de personalidad antisocial en la vida adulta.
- Y, en definitiva, la PRESENCIA DE COMORBILIDAD EMPOBRECE EL PRONÓSTICO.

COMORBILIDAD CON EL TDAH

El TDAH es una de las patologías psiquiátricas que con mayor frecuencia se encuentra asociada al trastorno de conducta, en un sentido amplio. Para muchos investigadores el TDAH en la infancia sería el trampolín hacia un trastorno de conducta en la adolescencia. De aquí que algunos investigadores hablen de que ambos trastornos formarían parte de una misma entidad clínica.

Autores del prestigio científico de Rutter (1997) ambos trastornos reflejarían diferentes fases de una misma entidad. Se trataría de una *comorbilidad sucesiva*. Cuando el TDAH presenta durante la infancia comorbilidad con el TND se trataría del mejor precursor de un trastorno disocial en la adolescencia.

Sin embargo, algunos estudios longitudinales recientes han puesto en evidencia que tanto el TDAH como los trastornos de conducta ya aparecen hacia el segundo año de vida. Por tanto, estaríamos más ante una *comorbilidad concurrente* que ante un aspecto evolutivo del TDAH (Broidy y cols, 2003).

Lo que parece cierto es que cuando coinciden ambos trastornos, la semiología de cada uno de ellos es más intensa.

El subgrupo que presenta ambos trastornos reúne una serie de características que lo diferencia de cada uno de ellos por separado:

- Mayor número de dificultades en su relación con los iguales.
- Mayor fracaso académico.
- Agravación a lo largo del tiempo de la mayoría de los síntomas.
- Mayor número de conductas antisociales e ilegales durante la adolescencia.

COMORBILIDAD CON LOS TRASTORNOS AFECTIVOS.

Gran número de investigaciones sostienen que la comorbilidad trastorno afectivo/trastorno de conducta es bidireccional. El trastorno de conducta produce una serie de anomalías en la conducta social y escolar del que lo padece favoreciendo la alteración emocional.

Aunque hay algún estudio que defiende la mayor incidencia de intentos de suicidio entre los que padecen un trastorno de conducta, proponiendo el *Modelo del Triple Patrón* (trastorno de conducta, depresión y abuso de drogas) como aglomeración psicopatológica que favorecería los intentos de suicidio (Shaffer y cols, 1996), no todos los investigadores estarían de acuerdo (Renaud y cols, 1999).

Respecto al Trastorno Bipolar se habla de una comorbilidad del 16,9 – 42%. Para algunos investigadores se trataría de una comorbilidad sucesiva en donde el trastorno bipolar estaría presente desde la infancia y predispondría al trastorno de conducta (Masi y cols, 2003). Cuando en un trastorno bipolar aparecen trastornos de conducta determinantes puede emitirse el doble diagnóstico.

Normalmente cuando se dan ambos trastornos, encontramos antecedentes familiares del trastorno de conducta, especialmente entre los hermanos. Igualmente, se incrementa considerablemente el riesgo para el consumo de drogas.

COMORBILIDAD CON LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La comorbilidad entre ambos trastornos se considera elevada. También hay investigadores que sostienen que la presencia de síntomas de ansiedad actúan como moderadores del trastorno de conducta previniendo un trastorno de personalidad antisocial en el adulto.

Uno de los trastornos de ansiedad que con mayor frecuencia se asocian los problemas de conducta es el estrés postraumático, en especial en las niñas. Igualmente, la naturaleza del acontecimiento traumático difiere entre las niñas y los niños. En las niñas serían las agresiones sexuales y en los niños las agresiones físicas.

Entre el estrés postraumático y los trastornos de conducta se establecería una potenciación del riesgo entre ambos.

COMORBILIDAD CON EL CONSUMO DE DROGAS.

Existen numerosos estudios que asocian el consumo de drogas y los trastornos de conducta. La prevalencia suele estar entre el 32% y 96%.

El género suele ser una variable mediadora importante: así tenemos que las mujeres adolescentes consumidoras presentarían un trastorno depresivo o ansioso, en tanto que los adolescentes serían las conductas violentas (Simkin, 2002).

Investigaciones longitudinales muestran que el consumo de drogas es secundario al trastorno de conducta, siendo la gravedad y precocidad del mismo un factor determinante en la presentación del consumo, sea un TND o un trastorno disocial.

Se han estudiado todo tipo de drogas, tanto legales como ilegales, y todas las modalidades de consumo y abuso son mucho más frecuentes en los adolescentes con trastorno de conducta.

Moffitt (1993) elaboró la noción de "trampa" para explicar la alta comorbilidad del consumo de drogas. Para este autor los actos antisociales darían lugar a un estado de disforia que predispondría a la automedicación con sustancias psicoactivas. El consumo actuaría, a su vez, como factor de mantenimiento del trastorno de conducta.

La comorbilidad TC+TDAH aumentaría el riesgo de consumo de drogas. Igualmente, se ha encontrado una mayor comorbilidad con trastornos depresivos y ansiosos, actuando la presencia de éstos como precipitantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Broidy LM; Nagin DS; Tremblay RE y cols. Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six sites, cross-national study. *Dev Psychol* 2003, 39: 222-295.
- Green RW; Biederman J; Zerwas S y cols. Psychiatric comorbidity, family disfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry* 2002, 159: 1214-1224.
- Masi G; Toni C; Traverso MC y cols. Externalizing disorders in consecutively referred children and adolescents with bipolar disorder. *Comp Psychiatry* 2003, 44: 184-189.
- Moffitt TE. Adolescent-limited and life-course-persistent antisocial behaviour. A developmental taxonomy. *Psychol Rev* 1993, 100: 674-701.
- Renaud J; Brent DA; Birmaher B y cols. Suicide in adolescents with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, 38: 846-851
- Rutter M. Comorbidity, Concepts, claims and choices. *Criminal Behavior and Mental Health*. 1997, 7: 265-285.

- Shaffer D; Gould MS; Fisher P y cols. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry 1996, 53: 339-348.
- Simkin DR. Adolescent substance use disorders and comorbidity. Pediatr Clin North Am, 2002, 49: 463-477.