



Los trastornos externalizados: diagnóstico y tratamiento

► Introducción

Los Trastornos Externalizados (TE) toman su nombre de manifestaciones que se dirigen hacia otros como agresión, venganza, desafío, robo, etc. Son también conocidas como trastornos de la conducta disruptiva (TCD). En su quinta versión, el Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés), (APA, 2013) incluye al Trastorno Opositor Desafiante (TOD), al Trastorno de conducta (TC) y al Trastorno Explosivo Intermitente (TEI). De forma clásica la dimensión "externalizada" abarca también los trastornos por uso de sustancias (TUS) (de la Peña-Olvera & Palacios-Cruz, 2011), pero se considera que el TOD y el TC son los dos padecimientos clave de los TE.

Los TCD se han visto asociados a un impacto negativo tanto para los niños como para sus familias, así como a un rango de peores resultados adaptativos a lo largo del desarrollo (Quy & Stringaris, 2017). Son altamente predictivos de los trastornos de control de los impulsos en la edad adulta, incluidos los TUS y el trastorno de personalidad antisocial (Wang, Chassin, Lee, Haller, & King, 2017). Los problemas derivados de un comportamiento disruptivo también suponen una mayor carga económica para la sociedad, pues se estima que los costos asociados a los individuos con conductas antisociales durante la infancia, son al menos diez veces más altos que en aquellos sin conductas antisociales (Scott, Knapp, Henderson, & Maughan, 2001). Constituyen durante la infancia y la adolescencia uno de los motivos más frecuentes de consulta psicológica, neurológica y psiquiátrica (de la Peña-Olvera & Palacios-Cruz, 2011). A continuación, se describen el TOD y el TC.

El trastorno opositor y desafiante (TOD)

El TOD se caracteriza por manifestaciones de irritabilidad, necesidad, desafío, desobediencia, molestar y venganza entre otras, las cuales deben estar causando problemas en algún área de funcionamiento (leve: un área, moderado: dos áreas y grave: tres o más áreas), durante un mínimo de seis meses. Existe una armonización global en los descriptores del TOD entre el DSM-5 y la CIE-11; esta última considera la incorporación de los especificadores de irritabilidad crónica y de las emociones prosociales limitadas (EPL) que no incorpora el DSM-5 (WHO, 2018).

El TOD tiene una prevalencia de 2% a 10% en la infancia y es significativamente más frecuente en niños que en niñas (Quy & Stringaris, 2017). Se ha visto que los síntomas son relativamente estables entre los 5 y 10 años de edad, pero tienden a declinar a partir de ese momento. El diagnóstico del TOD es clínico y no se requieren de exámenes de laboratorio o gabinete.

Su diagnóstico es vaticinador de depresión, ansiedad y problemas de conducta en etapas posteriores de la vida (Copeland, Shanahan, Costello, & Angold, 2009). Los análisis factoriales de los sujetos con TOD han mostrado tres componentes: "irritabilidad", "obstinación/cabeza dura" e "hiriente/vengativo" (Stringaris & Goodman, 2009). Los resultados arrojan que mientras que la dimensión "irritabilidad" predice un trastorno afectivo en el futuro, la dimensión "obstinación" predice trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), y la dimensión "hiriente/vengativo" predice TC y trastorno antisocial de la personalidad (Rowe, Costello, Angold, Copeland, & Maughan, 2010).

El tratamiento del TOD debe ser multimodal, es decir con intervenciones psicosociales y farmacológicas. El manejo psicosocial es la intervención terapéutica de primera elección (Costin & Chambers, 2007). El entrenamiento de los padres o cuidadores en el manejo conductual del niño o del adolescente se apoya en la premisa de que la mala conducta del niño es consecuencia de prácticas parentales inadecuadas e inconsistentes, por lo que el niño aprende que la conducta opositora es eficaz para manipular a los adultos. Entre los programas más utilizados y validados para el TOD se encuentran el de Russell Barkley, el de Los Años Increíbles de Webster-Stratton y el Programa de parentalidad positiva "Triple P" (de la Peña-Olvera & Palacios-Cruz, 2011; Quy & Stringaris, 2017). Estos programas se caracterizan por ofrecer estrategias de afrontamiento dirigidas por niveles. En el caso de adolescentes mayores de 16 años se debe recomendar la intervención de psicoterapia familiar.

Es importante considerar las comorbilidades psiquiátricas en estos pacientes, ya que es altamente probable que requieran un tratamiento independiente (Costin & Chambers, 2007). El tratamiento farmacológico se enfocará a las comorbilidades, como el TDAH y el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) (Quy & Stringaris, 2017).

El trastorno de conducta

El TC se caracteriza por conductas que transgreden sistemáticamente las normas y los derechos ajenos, como la agresividad física hacia las personas o los animales, el robo con o sin violencia, la mentira y la agresión sexual. Los síntomas se agrupan en cuatro áreas de manifestación: la agresión a las personas o a los animales, la destrucción de la propiedad, la fraudulencia/robo y las violaciones graves a las normas (APA, 2013). El diagnóstico del TC es clínico y no se requieren de exámenes de laboratorio o gabinete. El DSM-5 (APA, 2013) incorpora tres especificadores para el TC: EPL, edad de inicio (< 10 años), gravedad (por el número de síntomas). El TC tiene una prevalencia del 3% en niños en etapa escolar (Fairchild et al., 2019).

Las EPL fueron propuestas originalmente como un subtipo de TC (Frick & Moffit, 2010) ya que es considerado por algunos autores como parte de los signos y síntomas de la psicopatía infantil y se identifica como la representación grave de la conducta antisocial. Los pacientes con EPL tienen síntomas particularmente graves y con características neurológicas, cognitivas, emocionales y sociales diferentes del resto. La prevalencia de las EPL dentro de todos los TC es aproximadamente del 30%

al 40% y se estima que la heredabilidad del TC con EPL es del 45% al 67%, lo que es mayor que la heredabilidad sin EPL (Fairchild et al., 2019).

El tratamiento se basa en un abordaje multidisciplinario cuyo objetivo es reducir los síntomas principales, mejorar la regulación emocional en individuos con agresividad reactiva y pobre autocontrol, así como impulsar el desarrollo de habilidades sociales y conceptos morales (Simonoff, Elander, Holmshaw, Pickles, Murray, & Rutter, 2004). El entrenamiento de los padres se enfoca en una crianza positiva, asertiva y de alto nivel de comunicación, ofreciéndoles estrategias para su propia regulación emocional. La terapia multisistémica involucra múltiples niveles de atención: personal, familiar, escolar y comunitario, busca mejorar las conductas mal adaptativas del menor y del contexto bajo una visión ecológica (Palacios, Ulloa, & de la Peña, 2003).

El tratamiento farmacológico se determina en función de la comorbilidad. Se administran psicoestimulantes en el caso de presencia de TDAH; antidepresivos en el caso de TDM y antipsicóticos en el caso de la conducta agresiva y violenta grave o síntomas psicóticos (Villavicencio, 2017).

Conclusiones

Los TE incluyen principalmente al TOD y al TC. El diagnóstico de ambos trastornos se establece de forma clínica; las conductas disruptivas, desafiantes, oposicionistas y agresivas deben ser persistentes y afectar al menos un área de funcionamiento. El tratamiento es multimodal e incluye preferentemente intervenciones psicosociales y, dependiendo de la comorbilidad, intervenciones farmacológicas.

José Manuel Hernández Salas

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth edition)*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J., & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 764-772. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.85
- Costin, J., & Chambers, S. M. (2007). Parent management training as a treatment for children with oppositional defiant disorder referred to a mental health clinic. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 12(4), 511-524. doi: 10.1177/1359104507080979
- Fairchild, G., Hawes, D. J., Frick, P. J., Copeland, W. E., Odgers, C. L., Franke, B., ... De Brito, S. A. (2019). Conduct disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 43. doi: 10.1038/s41572-019-0095-y
- Frick, P. J., & Moffitt, T. E. (2010). *A proposal to the DSM-V Childhood Disorders and the ADHD and Disruptive Behavior Disorders work groups to include a specifier to the diagnosis of Conduct Disorder based on the presence of Callous-unemotional traits*, (pp. 1-36). American Psychiatric Association.
- Palacios, L., Ulloa, R. E., & de la Peña, F. (2003). Capítulo 5 - Trastornos externalizados concomitantes. En M., Ruiz. *Trastorno por déficit de atención: diagnóstico y tratamiento, (Primera edición)*, pp. 57-80. México, D. F: Editores de Textos Mexicanos.
- de la Peña-Olvera, F., & Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 34(5), 421-427.
- Quy, K., & Stringaris, A. (2017). *Trastorno negativista desafiante. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines.
- Rowe, R., Costello, E. J., Angold, A., Copeland, W. E., & Maughan, B. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 726-738. doi: 10.1037/a0020798
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., & Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ*, 323(7306), 191. doi: 10.1136/bmj.323.7306.191
- Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., Pickles, A., Murray, R., & Rutter, M. (2004). Predictors of antisocial personality. Continuities from childhood to adult life. *Br J Psychiatry*, 184(2), 118-127. doi: 10.1192/bjp.184.2.118
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009a). Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(4), 404-412. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181984f30
- Villavicencio, L. (2017). *Trastorno de conducta. En Compendio de guías clínicas en psiquiatría niños y adolescentes*. APM Ediciones y Convenciones en Psiquiatría. ISBN: 978-607-8512-21-8
- Wang, F. L., Chassin, L., Lee, M., Haller, M., & King, K. (2017). Roles of Response Inhibition and Gene-Environment Interplay in Pathways to Adolescents' Externalizing Problems. *Journal of Research on Adolescence*, 27(2), 258-277. doi: 10.1111/jora.12270
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (Fecha de acceso: Junio 1, 2020).

TraDeA[®] LP

Metilfenidato

Su aliado en el control de los síntomas del

TDAH

FÓRMULA MEJORADA que ofrece mayor:¹



27 mg



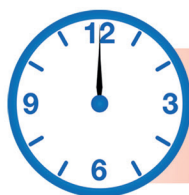
20 mg



36 mg



54 mg



Eficacia de hasta 12 HORAS^{2,3}



Referencias:

1.-Sandoval P y cols. Mecanismos generales de cesión de principios activos a partir de matrices monolíticas hidrofílicas preparadas con éteres de celulosa. Rev Colomb Cienc Quim Farm 2008;37(2):105-121. 2.-Información Para Prescribir TraDea LP. 3.-Tomado de: Estudio clínico abierto, 1 periodo, 1 tratamiento, 1 secuencia, dosis única para evaluar la farmacocinética del Clorhidrato de Metilfenidato, tabletas de liberación prolongada de 54 mg en condiciones de ayuno. 2013. Centro de Investigación Clínica y del Centro Analítico para Estudios Biofarmacéuticos de Investigación, Ciencia y Tecnología Internacional, S.A. de C.V., y de Psicofarma, S.A. de C.V.

MASENNUS



Atomoxetina

El cambio efectivo de la historia en el paciente con TDAH

