

El trastorno explosivo intermitente

■ La agresividad humana, un fenómeno multifactorial, se entiende como la producción de daño físico o verbal que un individuo se inflige a sí mismo, a otros o bien hacia objetos físicos. Aparece en distintas variantes y puede tener un carácter defensivo, premeditado o impulsivo. La agresividad defensiva forma parte del rango normal de la conducta, mientras que a la premeditada y a la impulsiva se les considera como patológicas. En ocasiones, el tener un carácter agresivo forma parte de un rasgo conductual que se inicia en la infancia y se extiende a lo largo de la vida. Hay evidencia documentada en estudios clínicos y epidemiológicos de que la agresividad impulsiva, pero no la premeditada, puede estar asociada a causas biológicas, ambientales, farmacológicas o psicológicas.

Muchos sistemas de clasificación diagnóstica consideran que la agresividad impulsiva debe comprenderse como una entidad clínica específica. En algunos sistemas, como es el caso del DSM a partir de su tercera versión, se le ha denominado “trastorno explosivo intermitente” y si bien se le consideraba poco frecuente, ahora se piensa que se debe a que sus criterios diagnósticos han sido poco específicos y a que la investigación que se ha hecho en el campo clínico ha sido escasa. En los últimos diez años esto ha ido cambiando progresivamente y encontramos ahora un interés de muchos clínicos para mejorar los criterios de diagnóstico con los que se le pueda identificar con mayor precisión. Este renovado interés ha dado lugar al desarrollo de estudios en población general en los que se busca la identificación de sujetos con niveles elevados de agresividad, de impulsividad y que cuenten con riesgo hereditario o bien con algunos marcadores biológicos de agresividad. Tienen la finalidad de comprobar que el trastorno explosivo intermitente sea una entidad clínicamente válida que se pueda diferenciar de otros padecimientos y que, por lo tanto, se le asigne un lugar específico en las nuevas clasificaciones. Estos cambios están actualmente en proceso y se considera que el padecimiento tendrá un lugar específico y una validez más clara en la quinta versión del DSM (DSM-V).

En este proceso un grupo de investigadores ha desarrollado una serie de criterios para valorar qué tanto éstos definen al trastorno. Estos criterios se generaron a partir de modificaciones hechas a las definiciones establecidas en el DSM-IV para el trastorno explosivo intermitente. La primera de estas modificaciones consistió en evaluar a dichos episodios en función de su frecuencia y de su intensidad. De esta manera pueden existir casos de alta frecuencia y

de baja intensidad (A1) o bien de baja frecuencia y de alta intensidad (A2) con los cuales se conformarían dos umbrales diagnósticos. El umbral A1 necesita entonces, para establecer su diagnóstico, un promedio de dos episodios a la semana durante al menos un mes mientras que el A2 requiere un mínimo de tres episodios graves en el curso de un año. La segunda modificación consistió en definir a la conducta agresiva como impulsiva diferenciándola de la premeditada. En tercer lugar se decidió que era necesario corroborar que la conducta agresiva estuviera ligada a la generación de malestar o de disfuncionalidad.

La descripción clínica del trastorno, producto de los datos encontrados en múltiples estudios, considera que el cuadro debe mostrar un inicio rápido, ausencia de un periodo prodrómico (o si lo hay es muy breve) y una duración episódica de alrededor de treinta minutos. Habitualmente es una reacción a una mínima provocación y se pueden intercalar episodios leves entre los más graves. Después de un episodio se pueden generar malestar, sentimientos de culpa y arrepentimiento y problemas sociales, financieros o legales. También se ha investigado si el trastorno es, desde el punto de vista taxonómico, categórico o dimensional. Si bien la conducta agresiva es por naturaleza dimensional, los resultados de los estudios de campo muestran que el trastorno explosivo intermitente tiene los elementos necesarios para considerarlos como una entidad categórica, lo cual le confiere una característica distinta y diferenciable de otros trastornos. También los estudios han demostrado que la prevalencia es similar entre hombres y mujeres, que es más frecuente en sujetos menores de 50 años y que no guarda relación ni con el nivel educacional ni con el socioeconómico. Otro elemento que se utiliza para determinar la validez de constructo de una entidad clínica es que se mantenga estable a lo largo del tiempo. En este trastorno ha sido difícil llevar a cabo estudios de seguimiento que definan dicha estabilidad, sin embargo se ha demostrado que normalmente se inicia en la pubertad y puede durar alrededor de 20 años, si bien hay casos que se manifiestan de manera permanente a lo largo de la vida. Lo que sí es claro es que el trastorno provoca como consecuencia otros problemas como desempleo, divorcio y conflictos económicos. El trastorno puede presentarse de manera simultánea con otros padecimientos del eje I tales como la depresión, la ansiedad y el abuso/dependencia a sustancias, en los cuales la conducta agresiva puede formar parte de cualquiera de ellos; por lo tanto el diagnóstico sólo deberá efectuarse cuando exista claramente la evidencia de los episodios como han sido descritos anteriormente. De manera particular se ha encontrado que casi el 60% de los pacientes diagnosticados con trastorno bipolar tienen manifestaciones claras de un

trastorno explosivo intermitente. También existe evidencia de que los pacientes con el trastorno explosivo muestran de manera simultánea otros trastornos del control de los impulsos.

Los estudios heredo-familiares sugieren que el trastorno tiene un carácter parcialmente hereditario. Uno de estos estudios, por ejemplo, encontró que un poco más del 30% de los sujetos valorados tenía familiares de primer grado que también llenaban los requisitos para la elaboración del diagnóstico. Se han estudiado asimismo los correlatos psicológicos del trastorno. Las evaluaciones encuentran que la mayor parte de los sujetos estudiados tienen rasgos marcados de actitud hostil, más labilidad emocional y una tendencia a utilizar mecanismos de defensa inmaduros. Desde el punto de vista de su estudio neurobiológico, se han encontrado datos interesantes: una reducción del transportador de serotonina en las plaquetas y una respuesta limitada de prolactina con el reto de fenfluramina entre otros más. Los estudios de imágenes con tomografía por emisión de positrones muestran defectos funcionales en las cortezas frontales y cambios metabólicos claros y distinguibles de los controles en la corteza órbita-frontal. En conjunto los estudios neurobiológicos apoyan que en el trastorno existen anormalidades globales del sistema serotoninérgico y específicas en el sistema límbico. Un reciente estudio aporta información adicional en este sentido. Su objetivo fue valorar cómo la actividad de la serotonina puede modular la conducta agresiva e impulsiva. Para ello los autores efectuaron un estudio comparativo entre sujetos con trastornos de la personalidad impulsiva/agresiva e individuos sanos. Con un procedimiento ya estandarizado para estos fines, efectuaron un estudio de depleción de serotonina y apli-

caron pruebas de reconocimiento emocional por medio de la visualización de caras. Sus resultados mostraron que los sujetos masculinos con un trastorno explosivo intermitente mostraron una mayor tendencia al reconocimiento de expresiones agresivas durante las fases de depleción del neurotransmisor. Esto implica que la reducción en la actividad serotoninérgica favorece una mayor sensibilidad a los fenómenos relacionados con la agresividad. Finalmente, la validez del trastorno se ha evaluado de acuerdo a la respuesta con tratamientos. Estos estudios muestran que se ha logrado una respuesta razonablemente efectiva y duradera a lo largo del tiempo en un buen número de sujetos con el uso de fluoxetina y de divalproato. Sin embargo aún son poco concluyentes los resultados en este campo.

Con esta información analizada de manera global se considera que el trastorno explosivo intermitente muestra características suficientes para considerarlo una entidad clínica independiente y distinta a otros trastornos del control de los impulsos y de la personalidad. Con las modificaciones que se proponen a partir de los cambios en los criterios de diagnóstico, su presencia en los nuevos sistemas de clasificación permitirá identificar con más facilidad a los casos, tanto en estudios clínicos como en los epidemiológicos. En este sentido, se sustenta su validez.

Bibliografía

- COCCARO EF: Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5. *Am J Psychiatry*, 169:577-588, 2012.
- LEE RJ, GILL A, CHEN B, McCLOSKEY M, COCCARO EF y cols.: Modulation of central serotonin affects emotional information processing in impulsive aggressive personality disorder. *J Clin Psychopharmacol*, 32:329-335, 2012.