Guinti

My Website

Comprensión, Evaluación, y Tratamiento del Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo

www.samgoldstein.com
info@samgoldstein.com
@drsamgoldstein
@doctorsamgoldstein
@CommonSenseScience
TRUTH. @CommonSenseScience

Sam Goldstein, PhD
Neurology, Learning, and Behavior Center
www.samgoldstein.com

Sam Goldstein, Ph.D.

Sam obtuvo el Doctorado en Psicología Educativa por la Universidad de Utah y cuenta con licencia como Psicólogo y está certificado como Psicólogo Escolar en el Estado de Utah. También está certificado como Neuropsicólogo Pediátrico y pertenece al Consejo del Registro Nacional de Proveedores de Servicios de Salud en Psicología. Es miembro de la Asociación Americana de Psicología y de la Academia Nacional de Neuropsicología. Sam es profesor adjunto en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Utah. Es autor, coeditor o coautor de más de 50 publicaciones clínicas y comerciales, tres docenas de capítulos, casi tres docenas de artículos científicos revisados por pares y ocho pruebas psicológicas y neuropsicológicas. Está desarrollando una herramienta de evaluación conductual para evaluar el TDDEA y está editando un compendio clínico sobre el TDDEA. Sam es el editor en Jefe del Journal of Attention Disorders. Desde 1980, se ha desempeñado como Director Clínico del Centro de Neurología, Aprendizaje y Comportamiento en Salt Lake City, Utah.

Divulgación relevante

- Autor del Cuestionario de Humor Disruptivo (Guinti, 2024)
- Editor del Handbook de TDDEA (Springer,2024)
- Jefe redactor, JAD
- Co-autor: CEFI, ASRS, RSI, CAS 2 y RISE
- Co-autor: Handbook del DSM 5 para Niños Children
- Ponente Internacional

Objetivos

Después de esta presentación usted será capaz de:

- Comprender la evolución del diagnóstico del TDDEA.
- Comprender y ser capaz de aplicar los criterios del DSM-5 para el TDDEA.
- Saber cómo integrar varios métodos de evaluación para una evaluación integral del TDDEA.
- Tener un método de diagnóstico diferencial y evaluación de la comorbilidad.
- Conocer los métodos emergentes de tratamiento para el TDDEA.
- Tener múltiples recursos para aprender más sobre el TDDEA.

Tres casos: Lucy

- Lucy tiene 10 años. Era una niña con cólicos y excesivamente inquieta, irritable y con dificultades para quedarse sentada.
- Demuestra emociones extremas. Presenta tics frecuentes, que incluyen parpadear, mover el estómago, empujar el estómago hacia adentro y hacia afuera, quitarse la ropa interior de la entrepierna y tragar en exceso.

- Demuestra rigidez con las rutinas a la hora de acostarse y la comida.
- Interpreta las conversaciones literalmente y parece tener dificultades para comprender los comportamientos sociales básicos.

Tres casos: Lucy *(cont.)*

- Había sido diagnosticada con un trastorno de ansiedad no especificado, trastorno por déficit de atención e hiperactividad de tipo combinado (TDAH-C) y trastorno de tics moderados.
- Actualmente, a Lucy se le receta una combinación de guanfacina, citalopram y trazodona para facilitar el sueño.
- En el Inventario Clínico Preadolescente de Millon (M-PACI), Lucy presentó un número significativo de pensamientos, sentimientos y comportamientos problemáticos, una tasa superior al 96% de los niños de su edad. Los jóvenes con el estilo de personalidad emergente de Lucy suelen mostrar emociones intensas y evocadoras.
- Lucy presenta una tríada de angustia emocional significativa, pensamientos perturbadores y preocupación. Experimenta problemas sociales; es oposicionista desafiante, distraída e hiperactiva; y se presenta con múltiples síntomas depresivos y ansiosos.
- Las habilidades neuropsicológicas se midieron en el rango promedio con una secuenciación ligeramente débil.

Tres casos: Lucy *(cont.)*

- Los resultados de evaluación de memoria de trabajo, velocidad de procesamiento cognitivo y eficiencia se encuentran en el rango promedio.
- Lucy demostró un vocabulario y una comprensión verbal promedio.
- La memoria verbal se evaluó como promedio.
- Lucy tuvo dificultades en una serie de tareas de memoria visual, con una memoria visual medida muy por debajo del promedio.
- En una medida de desempeño continuo, Lucy tenía dificultades para mantener la atención y responder oportunamente.
- Las habilidades motoras y perceptivas se midieron también por debajo de la media.
- Los conocimientos básicos de lectura, matemáticas y lenguaje escrito de Lucy se evaluaron dentro del rango promedio.
- Lucy demostró una debilidad significativa en la comprensión lectora que parecía consistente con los problemas de fluidez en la lectura de oraciones.

Tres casos: Shane

- Shane tiene 10 años, tiene dificultades académicas, emocionales y de desarrollo.
- Es inmaduro socialmente.
- En casa se muestra oposicionista desafiante. Tiene un historial de arrebatos emocionales extremos hasta el punto de desmayarse.
- Ha sido diagnosticado en el pasado con TDAH-C y trastorno negativista desafiante.
- Robará de forma impulsiva.
- Ha demostrado un bajo umbral emocional y una alta intensidad de reacción desde una edad muy temprana. Actualmente puede recuperarse mejor de estos arrebatos, pero en el pasado, podía tardar hasta una hora en recuperarse.

Tres casos: Shane *(cont.)*

- Shane no se da cuenta de la naturaleza disruptiva de su comportamiento. Ha sido ofensor reincidente. Sabe lo que tiene que hacer, pero constantemente no hace lo que sabe. A menudo, no parece usar el razonamiento para guiar su comportamiento. Sus síntomas parecen estar empeorando.
- Es rígido y cada vez más desafiante.
- Aunque está tomando múltiples medicamentos psiquiátricos, los informes de los padres señalan comportamientos significativos para la edad de Shane relacionados con angustia emocional, pensamientos perturbadores, preocupación, problemas sociales, comportamiento desafiante y agresivo, problemas de aprendizaje, falta de atención, hiperactividad, impulsividad, depresión y ansiedad.
- En contraste, en la escuela Shane parece funcionar un poco mejor. Su maestra nota problemas de aprendizaje, patrones de falta de atención significativa y ansiedad.
- Las respuestas de padres y maestros para un instrumento diseñado para evaluar los comportamientos relacionados con el trastorno del espectro autista indicaron problemas significativos con la comunicación social, autorregulación y comportamiento inusual.

Tres casos: Shane *(cont.)*

- En un instrumento diseñado para evaluar conductas relacionadas con el funcionamiento ejecutivo, los padres y el profesor observan problemas significativos con un funcionamiento un poco mejor en la escuela que en casa. Sin embargo, en ambos entornos, Shane lucha con la atención, el comportamiento inflexible, la iniciación, la organización, la planificación, el autocontrol y la memoria de trabajo.
- La principal diferencia entre el hogar y la escuela es que en la escuela se describe a Shane como alguien que demuestra una regulación emocional adecuada.
- La evaluación ubica las habilidades neuropsicológicas de Shane en el rango límite. Tiene problemas con la planificación, el procesamiento simultáneo, la atención y la secuenciación.
- La memoria de trabajo se evaluó en el percentil 2. Esta combinación de debilidades neuropsicológicas conduce a un deterioro de la memoria de trabajo a corto plazo y la eficiencia cognitiva de Shane.
- La comprensión verbal se evaluó en el percentil 5 con un vocabulario igualmente bajo. La memoria se evaluó en el percentil 12.

Tres casos: Shane *(cont.)*

- En una medida de *continuous performance*, Shane era capaz de prestar atención, pero era marcadamente impulsivo.
- Las habilidades motoras y perceptivas aparecen en el rango medio bajo al promedio.
- Shane está varios grados por detrás académicamente, demostrando una lectura de palabras notablemente mejor que la comprensión lectora. Esto es consistente con su patrón actual de comprensión verbal y habilidades neuropsicológicas. Las habilidades matemáticas se evaluaron en el rango límite, y el lenguaje escrito, así como la ortografía, fueron de bajo promedio. El rendimiento académico general de Shane aparece varios grados por debajo de su ubicación actual.

Tres casos: Adam

- Adam tiene un historial de diagnóstico y tratamiento para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad; trastorno depresivo mayor recurrente, episodio moderado; discapacidad específica de aprendizaje con deterioro en comprensión lectora y matemáticas.
- Se planteó la preocupación de que también podría estar enfrentándose con otros desafíos.
- Parece desafiante y a veces deprimido.
- También parece ser "adicto" a la electrónica.
- Adam es inquieto y tiene dificultades para permanecer sentado.
- Se distrae fácilmente.

Three Youth: Adam *(cont.)*

- Adam tiene dificultades para mantener la atención. Pasa de una actividad incompleta a otra.
- Adam tiene un historial de frustrarse fácilmente, arrebatos de temperamento y rabietas prolongadas desde una edad muy temprana. Sus estados de ánimo son frecuentemente negativos y retraídos.
- Adam tiene problemas para conciliar el sueño, pero a veces duerme toda la noche.
- Actualmente está tomando fluoxetina, guanfacina y quetiapina por la mañana.
- Su psiquiatra está considerando un tratamiento con Strattera.
- Adam también tiene un historial de comportamiento selectivo.
- Rivaliza con sus hermanos.
- Ha destruido propiedades en su casa cuando está molesto. Parece que sólo lo motiva algo que tiene una recompensa personal para él; de lo contrario, no responde bien a las consecuencias. Los padres han intentado, sin éxito, una variedad de métodos disciplinarios a medida que Adam ha madurado.

Three Youth: Adam *(cont.)*

- Las habilidades neuropsicológicas se evaluaron en el rango promedio con un pensamiento crítico y una secuenciación superior a la media. El primero suele predecir un nivel de comprensión general. Este último predice la adquisición de conocimientos académicos básicos.
- Adam también demostró una planificación superior a la media, pero una atención al detalle inferior a la media. La memoria de trabajo a corto plazo se evaluó dentro del rango promedio, con la eficiencia cognitiva y la velocidad perceptiva evaluadas por debajo del promedio.
- En una medida abstracta del razonamiento de palabras, Adam se desempeñó en el percentil 84.
- Por el contrario, las puntuaciones de memoria se vieron afectadas por una marcada debilidad observada en la memoria verbal.

Tres casos: Adam *(cont.)*

- Adam había tomado los medicamentos recetados el día de la evaluación. En una medida de rendimiento continuo, fue capaz de prestar atención, pero demostró un patrón de respuesta impulsiva.
- Las capacidades motoras y perceptivas se midieron en el rango de promedio bajo a superior al promedio.
- Una breve evaluación de los logros fue consistente con la evaluación anterior, lo que refleja un sólido conocimiento académico.

¿Qué tienen en común Lucy, Shane y Adam?

- Un historial temprano de desregulación emocional extrema e irritabilidad.
- Diagnósticos anteriores de TDAH, estado de ánimo adverso y conductas disruptivas.
- Refractario a múltiples clases de medicamentos, a menudo en combinación.
- Problemas sociales, pragmáticos y relacionados.
- Familiares con trastornos del estado de ánimo.
- Amplia variación en habilidades y logros.

¡Los tres cumplieron con los criterios de diagnóstico del DSM-5 para TDDEA después de una evaluación exhaustiva!

Aspectos generales

- El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDMD) se introdujo como una nueva entidad diagnóstica bajo la categoría de trastornos depresivos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Edición (DSM-5). Primero se propuso que se llamara trastorno de desregulación del temperamento con disforia (TDD).
- Se incluyó en el DSM-5 principalmente para abordar las preocupaciones sobre el diagnóstico erróneo y el consiguiente tratamiento excesivo del trastorno bipolar en niños y adolescentes. El TDDEA proporciona un lugar para un porcentaje significativo de niños referidos con irritabilidad persistente severa que no encajaba bien en ninguna categoría diagnóstica del DSM 4ª edición (DSM-IV).

Aspectos generales *(cont.)*

- El TDMD ha sido una incorporación controvercial al DSM-5 debido a la falta de estudios de validez publicados, lo que ha llevado a preguntas sobre su validez como un trastorno distinto.
- La CIE-10-MC incluye un diagnóstico de trastorno persistente del estado de ánimo (afectivo), no especificado. Entró en vigor el 1 de octubre de 2021.
- El TDMD se incluye en la versión estadounidense de la CIE-10-MC de la TDDEA. Otras versiones internacionales de la CIE-10 pueden diferir.
- Esta categoría también incluye:
  - Trastorno ciclotímico
  - Trastorno distímico
  - Otros trastornos [afectivos] persistentes del estado de ánimo
  - Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
  - Otros trastornos persistentes del estado de ánimo especificados
  - Trastorno [afectivo] persistente del estado de ánimo, no especificado

Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo

- Desde mediados de la década de 1990, ha habido preocupaciones de que la manía en niños y adolescentes se presente de manera diferente en comparación con los adultos.
- Se creía que la manía de inicio pediátrico se presentaba como irritabilidad severa con períodos prolongados de ciclos de estado de ánimo muy rápidos dentro de 1 a 3 días en comparación con ciclos de estado de ánimo discretos.
- Con este concepto más amplio de trastorno bipolar pediátrico en los EE. UU., la tasa de diagnóstico de trastorno bipolar aumentó más de 40 veces en menos de una década.
- La conceptualización de la irritabilidad severa como una forma de manía también se ha asociado con un aumento considerable en el uso de estabilizadores del estado de ánimo y fármacos antipsicóticos atípicos en los niños.
- Dado los posibles efectos secundarios de estos medicamentos y la escasez de datos de seguridad a largo plazo en niños en desarrollo, continuó la controversia sobre la validez diagnóstica del fenotipo amplio del trastorno bipolar pediátrico.

Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo *(cont.)*

- El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) propuso un síndrome llamado desregulación severa del estado de ánimo (SMD, por sus siglas en inglés) para promover la evaluación sistemática de niños con arrebatos de temperamento recurrentes y un estado de ánimo negativo persistente.
- Los criterios de TDDEA se derivan principalmente del SMD con algunas modificaciones significativas.
- El DME se creó principalmente para evaluar si la irritabilidad grave no episódica pertenece al trastorno del espectro bipolar. Los estudios de validación de este síndrome se realizaron comparándolo con la manía episódica (fenotipo estrecho del trastorno bipolar) de curso longitudinal, los antecedentes familiares de trastorno bipolar y la fisiopatología.
- Los jóvenes con SMD tenían tasas extremadamente altas (75%) de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno negativista desafiante (TOD), así como trastornos de ansiedad (58%).
- Sin embargo, la DME nunca se formalizó como una condición del DSM o del DCI.

Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo *(cont.)*

- El TDDEA difiere de varias maneras del SMD:
- El SMD incluía arrebatos de temperamento recurrentes, un estado de ánimo negativo persistente (que, a diferencia del TDDEA, incluye el estado de ánimo deprimido) y la presencia de al menos tres síntomas de "hiperexcitación" (habla presionada, pensamientos acelerados o fuga de ideas, intrusión, distracción, insomnio y agitación).
- Estos criterios de hiperactivación se incluyeron porque eran estos síntomas en niños persistentemente irritables los que a menudo conducían a una preocupación por la manía.
- Además, la edad de inicio de la DME fue antes de los 12 años y el período máximo sin síntomas fue de 2 meses.

Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo *(cont.)*

- En el DSM-5, el diagnóstico de TDMD tiene dos criterios básicos: arrebatos de temperamento severos y recurrentes e irritabilidad crónica no episódica.
- A pesar de su novedad, el TDDEA es el único diagnóstico en la sección de Trastornos Depresivos del DSM-5 que requiere inicio en la infancia.
- El DSM-5 establece específicamente que las personas cuyos síntomas cumplen con los criterios tanto para el TDDEA como para el TOD solo deben recibir el diagnóstico de TDDEA.

DSM-5 TDDEA Criterios diagnósticos A–E

A. Arrebatos de temperamento severos y recurrentes (verbales y/o conductuales) que están muy desproporcionados en intensidad o duración con respecto a la situación/provocación.

B. Los arrebatos son inconsistentes con el nivel de desarrollo del niño.

C. Ocurre tres o más veces por semana.

D. El estado de ánimo entre los arrebatos de temperamento es persistentemente irritable o enojado la mayor parte del día, casi todos los días.

E. La duración es de 12 meses o más, sin un intervalo asintomático de 3 o más meses consecutivos.

DSM-5 TDDEA Diagnostic Criteria F–K *(cont.)*

F. Los síntomas están presentes en al menos dos de tres entornos (en el hogar, en la escuela, con los compañeros) y son graves en al menos un entorno.

G. La edad de inicio, ya sea por historial u observación, es anterior a los 10 años.

H. El diagnóstico no debe hacerse por primera vez antes de los 6 años de edad o después de los 18 años.

I. Nunca se han cumplido todos los criterios de síntomas para los episodios maníacos/hipomaníacos durante más de 1 día.

J. Los comportamientos no ocurren exclusivamente durante un episodio de trastorno depresivo mayor y no se explican mejor por otros trastornos como la distimia, el trastorno del espectro autista, el trastorno de estrés postraumático o el trastorno de ansiedad por separación. El diagnóstico no puede coexistir con el trastorno bipolar, el trastorno explosivo intermitente y el trastorno negativista desafiante.

K. Síntomas que no se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia o a una afección médica o neurológica.

TDDEA no es:

- TDAH - Un problema de inmadurez en el desarrollo de la autodisciplina.
- Trastorno bipolar - Un problema de altibajos emocionales excesivos.
- Ansiedad - Un problema que resulta de la falta de confianza en la predicción de resultados.
- Depresión unipolar - Un problema que resulta de sentimientos excesivos de impotencia y desesperanza.
- TEA - Un problema social pragmático con problemas de autorregulación e intereses y comportamientos atípicos.
- Un trastorno de la personalidad - Un estilo conductual de interpretar e interactuar con el mundo.
- Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal

Lange, S., Rovet, J., Rehm, J. *et al.* Neurodevelopmental profile of Fetal Alcohol Spectrum Disorder: A systematic review. *BMC Psychol* 5, 22 (2017). https://doi.org/10.1186/s40359-017-0191-2

TDDEA no es *(cont.)*

- Trastorno negativista desafiante - Un problema de resistencia.
- TEPT - Un problema debido a un trauma.
- Trastorno explosivo intermitente - Un problema que resulta en episodios repetidos y repentinos de comportamiento impulsivo, agresivo, violento o arrebatos verbales de ira en los que reacciona de manera grosera y desproporcionada a la situación.
- Trastorno reactivo del apego - Incapacidad para mostrar una gama esperada de emociones al interactuar con los demás; no mostrar "emociones de conciencia" como remordimiento, culpa o arrepentimiento. Evitar el contacto visual y el contacto físico, especialmente con los cuidadores. Dos tipos: inhibido y desinhibido.
- Una variación normal del comportamiento.

Epidemiología de la TDDEA

- Se han realizado muy pocos estudios prospectivos sobre TDDEA. Sin embargo, los estudios han examinado la prevalencia de casos diagnosticados retrospectivamente de TDDEA o SMD en los conjuntos de datos existentes.
- Los síntomas de TDDEA son relativamente comunes en los niños referidos, pero el trastorno completo es mucho menos común.
- Sin embargo, incluso aquellos con síntomas elevados que no cumplen con los criterios diagnósticos completos experimentan un deterioro significativo.
- Las tasas son sustancialmente más altas en las muestras clínicas, especialmente en aquellas con altas tasas de trastornos externalizantes y/o labilidad del estado de ánimo. Sin embargo, en muchos casos, incluso en muestras clínicas, la estabilidad temporal de los síntomas es baja.

Epidemiología del TDDEA *(cont.)*

- En la muestra del Great Smoky Mountains Study, las tasas de prevalencia a lo largo de la vida de TDDEA (4,4%) y SMD (3,3%) fueron comparables.
- Copeland et al., utilizando datos existentes de tres grandes muestras epidemiológicas que incluían cohortes de edad preescolar y escolar, informaron que alrededor de la mitad (46%-49%) de los jóvenes en edad escolar y alrededor del 80% de los niños en edad preescolar habían tenido arrebatos graves de temperamento en los últimos 3 meses.

- Entre las cohortes en edad escolar, la prevalencia se redujo a 7 % cuando se aplicó el criterio de frecuencia del DSM-5 y disminuyó aún más (1,5–2,8 %) con el criterio de duración. Utilizando todos los criterios TDDEA del DSM-5, la tasa de prevalencia disminuyó a ~1%.

Epidemiología de TDDEA *(cont.)*

- En el cohorte preescolar, la tasa de prevalencia de TDDEA, utilizando todos los criterios del DSM excepto la edad de inicio, fue del 3,3%.
- Los jóvenes en edad escolar con TDDEA experimentaron un deterioro social significativo (relación con los padres, hermanos y maestros), suspensión de la escuela y uso de servicios (salud mental y medicina general), lo que refuerza los hallazgos de otros estudios de que los jóvenes con irritabilidad grave no episódica están apreciablemente afectados, incluso si no cumplen con los criterios para el trastorno bipolar.
- Se encontraron tasas similares de los síntomas principales de TDDEA en otra muestra poblacional de 376 niños. En una muestra grande y representativa a nivel nacional de adolescentes, la tasa de prevalencia de TDDEA fue de 0,12% utilizando criterios estrictos para TDDEA y aumentó con la relajación del criterio de exclusión de manía/hipomanía (0,56%), el criterio de frecuencia (1,71%) o ambos (5,26%).
- Se han reportado tasas más altas en muestras clínicas. Axelson et al. encontraron que el 26% de los niños que participaron en el estudio de Evaluación Longitudinal de los Síntomas Maníacos (LAMS, por sus siglas en inglés) cumplieron con los criterios de TDDEA. Estos niños fueron reclutados de clínicas ambulatorias y fueron preseleccionados por la presencia de labilidad prominente del estado de ánimo.

Epidemiología del TDDEA *(cont.)*

- En una muestra clínica grande (N = 911) de jóvenes de 5 a 18 años remitidos por problemas de arrebatos conductuales, el SMD fue el diagnóstico más común (54,4%).
- En un estudio de 1.593 niños con autismo, TDAH y desarrollo neurotípico (6-16 años), las madres informaron sobre la frecuencia de los síntomas de TDDEA. Los porcentajes de niños para los que tanto la irritabilidad como los arrebatos de temperamento se calificaron como un problema "a menudo o muy a menudo" fueron del 45% para el autismo, el 39% para el tipo combinado de TDAH, el 12% para el tipo de TDAH y el 3% para los niños neurotípicos.
- En otro estudio, solo el 25% de los adolescentes con trastorno bipolar cumplieron con los criterios para un diagnóstico de por vida del fenotipo TDDEA (excluyendo el criterio de inicio antes de los 10 años), lo que sugiere que la irritabilidad persistente y el arrebato de mal genio no son un precursor común de la manía adolescente.
- La TDDEA puede convertirse en trastornos de ansiedad o depresión unipolar al final de la adolescencia y en la edad adulta.

Psychiatric comorbidity and social adjustment difficulties in children with disruptive mood dysregulation disorder: A national epidemiological study. (2021) https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.039

Epidemiología del TDDEA *(cont.)*

- **Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en la justicia juvenil**
  - El 3.3 por ciento de los jóvenes involucrados en el Sistema de Justicia Juvenil cumplieron con los criterios de TDDEA en un estudio de casi 10,000 jóvenes.
  - Los resultados de la regresión multinomial mostraron que, después del ajuste por covariables, los pacientes con TDDEA tuvieron menos diferencias en comparación con los que tenían otros trastornos del estado de ánimo que los que cumplían los criterios para los DBDs.
  - De acuerdo con la clasificación del DSM-5 de TDDEA como un trastorno depresivo, aquellos con TDDEA compartieron más características con los jóvenes con trastornos del estado de ánimo que con aquellos que informaron DBD.
  - Las conductas externalizantes que conducen a la participación de la justicia pueden eclipsar la internalización de los síntomas de TDDEA, pero las afecciones relacionadas con el estado de ánimo deben identificarse y tratarse en esta población

(J Am Acad Psychiatry Law 46:329–38, 2018. DOI:10.29158/JAAPL.003767-18).

Epidemiología del TDDEA *(cont.)*

- **Impacto del COVID 19 en los jóvenes**
  - Las consecuencias de una pandemia y las medidas implementadas para disminuir la transmisión de COVID-19 tienen el potencial de afectar negativamente a los niños y jóvenes con trastornos de salud mental y a sus familias, incluidos los hermanos.
  - La ansiedad de los padres en torno a la pérdida del empleo, la incertidumbre económica, la falta de acceso a instalaciones de atención médica y centros de tratamiento y la extensión de las listas de espera para los programas de intervención temprana pueden paralizar la capacidad de un cuidador o padre para hacer frente a la pandemia de COVID-19
  - Recientemente, un estudio publicado anteriormente evaluó a 1036 niños y adolescentes en cuarentena en China en un rango de edad de 6 a 15 años, de los cuales 112, 196 y 68 presentaban depresión, ansiedad y ambas, respectivamente.

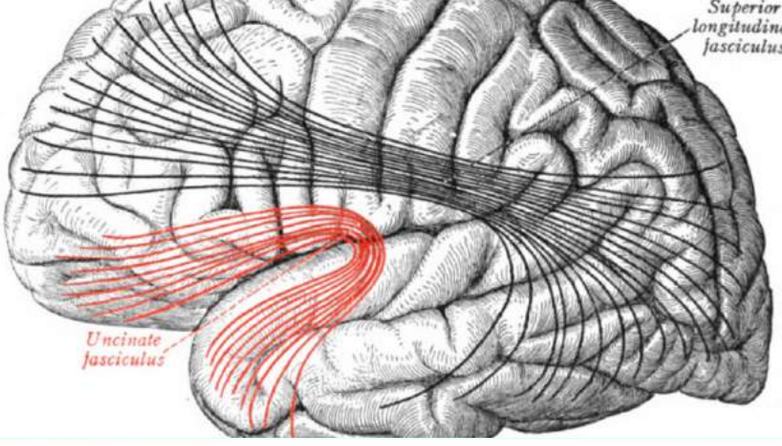
Epidemiología del TDDEA *(cont.)*

- Otro estudio demostró una alta prevalencia de angustia psicológica en niños y adolescentes en cuarentena debido a la pandemia de COVID-19 en la India. Estos niños experimentaron indefensión (66,11%), preocupación (68,59%) y miedo (61,98%), en comparación con los niños no en cuarentena.
- También se informó en China que los niños y adolescentes de 3 a 18 años presentaron síntomas de falta de atención, apego, preocupación e irritabilidad durante esta pandemia.
- Todavía no hay estudios sobre TDDEA y COVID.
- Materiales relacionados:

  Prevalence rates of anxiety, depressive, and eating pathology symptoms between the pre-and peri-COVID-19 eras: A meta-analysis.

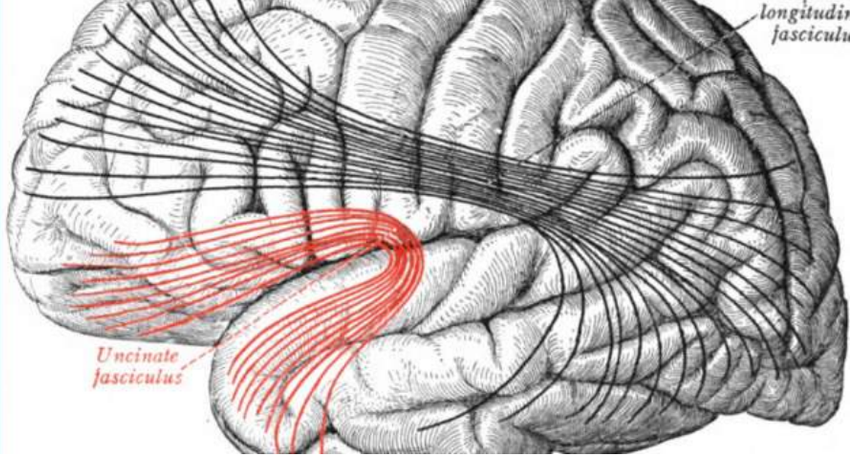
  doi: 10.1016/j.jad.2021.10.115

Neurobiología del TDDEA



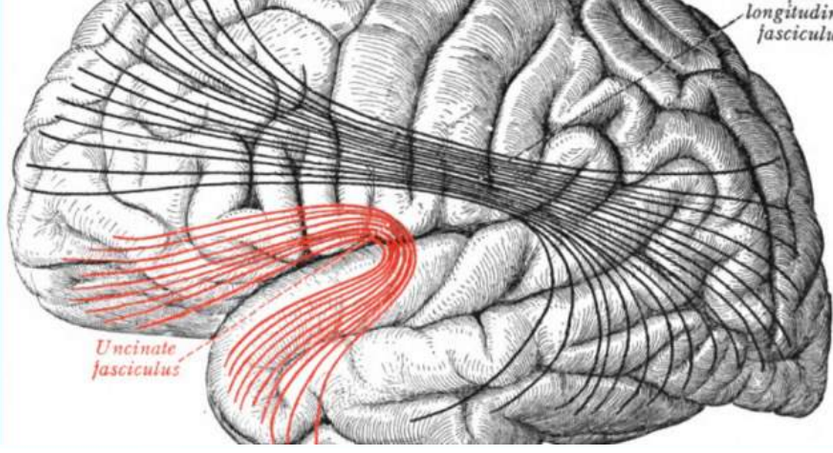
- Los modelos neurobiológicos tanto de BD como de TDDEA enfatizan la relevancia de la corteza prefrontal (CPF) y la amígdala.
- A diferencia de la extensa literatura sobre BD, ningún estudio hasta la fecha ha investigado en profundidad la microestructura de la WM en TDDEA.
- En el TDDEA, También se podría esperar una anistrofia funcional reducida (que se cree que refleja la densidad de las fibras, el diámetro axonal y la mielinización en la sustancia blanca) en el cuerpo calloso anterior que conecta las cortezas prefrontales de ambos hemisferios y en el facículo uncinado (tracto de sustancia blanca) que conecta la corteza prefrontal ventral con la amígdala (J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020 Oct;59(10):1135-1145).

Neurobiología del TDDEA



- Si bien los mecanismos neurobiológicos exactos que subyacen a la TDDEA no se comprenden completamente, la investigación sugiere que varios factores pueden contribuir a su desarrollo.
- Regulación de las emociones: La regulación de las emociones implica la capacidad de modular y controlar las respuestas emocionales. Los estudios de neuroimagen han demostrado que las personas con TDDEA presentan alteraciones en las regiones cerebrales implicadas en la regulación de las emociones, como la corteza prefrontal (CPF) y la amígdala. El PFC desempeña un papel crucial en la regulación de las respuestas emocionales mediante la inhibición de los comportamientos impulsivos y la modulación de las reacciones emocionales. La disfunción en esta región puede conducir a dificultades en la regulación de las emociones, lo que contribuye a los arrebatos de temperamento característicos que se observan en TDDEA.
- Disfunción del sistema límbico: El sistema límbico, que incluye la amígdala, el hipocampo y otras estructuras, está involucrado en el procesamiento de las emociones. La amígdala, en particular, juega un papel central en la detección e interpretación de estímulos emocionales. La disfunción en la amígdala y otras regiones límbicas se ha implicado en la TDDEA. La investigación sugiere que las personas con TDDEA pueden tener una mayor reactividad y una mayor activación de la amígdala en respuesta a estímulos emocionales, lo que lleva a respuestas emocionales intensas y dificultad para regularlas.

Neurobiología del TDDEA



- Desregulación de la serotonina: La serotonina es un neurotransmisor involucrado en la regulación del estado de ánimo, la emoción y el comportamiento. La alteración de la regulación de la serotonina se ha implicado en varios trastornos del estado de ánimo, incluido el TDDEA. Los estudios han demostrado que las personas con TDDEA pueden tener anomalías en el sistema de serotonina, como disminución de los niveles de serotonina o alteración de la función del receptor de serotonina. Estas desregulaciones en la neurotransmisión de serotonina pueden contribuir a la inestabilidad emocional y la irritabilidad observadas en TDDEA.
- Factores genéticos: Existe evidencia que sugiere que los factores genéticos juegan un papel en el desarrollo de TDDEA. Los estudios han demostrado que las personas con TDDEA son más propensas a tener antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo, incluido el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar. Las variaciones genéticas relacionadas con el sistema de serotonina, así como con otros sistemas de neurotransmisores y estructuras cerebrales implicadas en la regulación de las emociones, pueden aumentar la susceptibilidad a la TDDEA.

Behavioral and Neural Sustained Attention Deficits in Disruptive Mood Dysregulation Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

David Pagliaccio, PhD, Jillian Lee Wiggins, PhD, Nancy E. Adleman, PhD, Alexa Curhan, BA, Susan Zhang, BA, Kenneth E. Towbin, MD, Melissa A. Brotman, PhD, Daniel S. Pine, MD, Ellen Leibenluft, MD

The present study is the first to compare neural and behavioral alterations in attentional functioning in ADHD and DMDD, with evidence of specific and shared dysfunctions. Specifically, when quantifying precisely trial-wise associations between RT and BOLD activity, we identified increases in pre-stimulus activity associated with long RT trials in youth with DMDD compared with youth with ADHD and HVs. However, in patients with ADHD and those with DMDD compared with HVs, we identified blunting of the peak activation in trials with long RTs. This peak could represent compensatory activity that occurred in response to the long RT trials in healthy youth but failed to manifest in those with ADHD or DMDD. In an exploratory follow-up, this blunting was related to an increased ISVRT across the sample in most identified regions. When examining average BOLD activity, as in typical fMRI analyses, we identified increases in activity specific to DMDD during this attentional paradigm.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017;56(5):426–435.

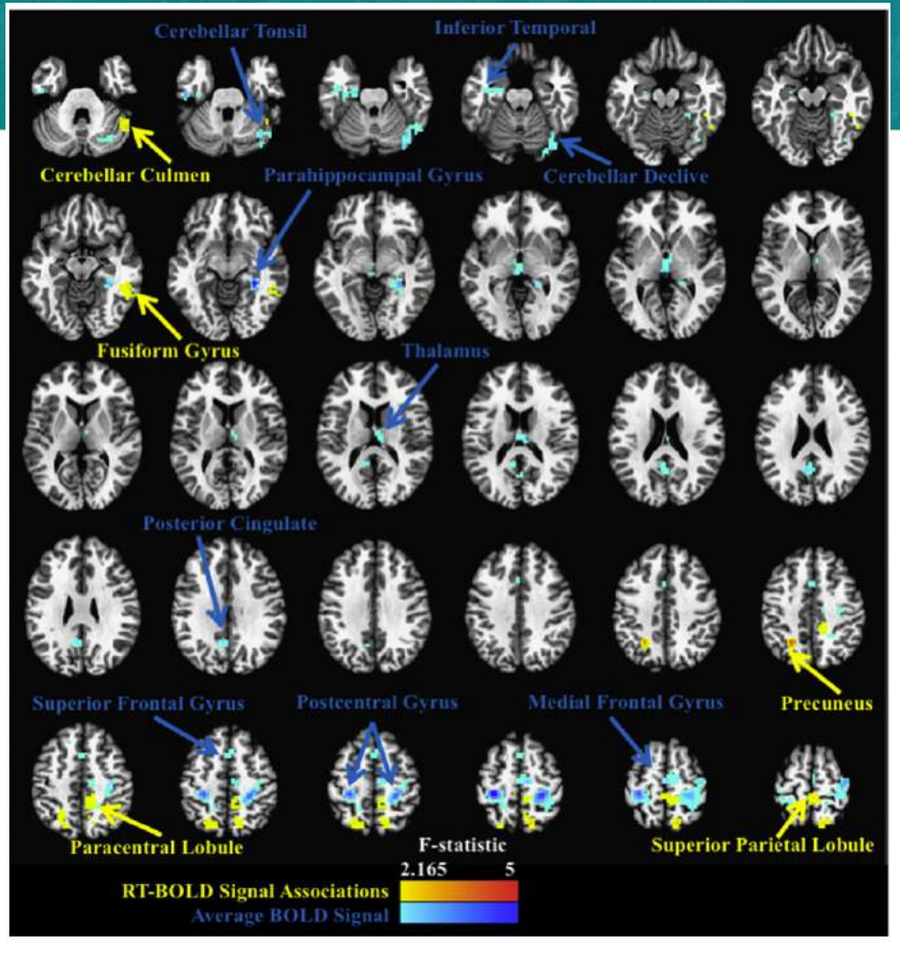


FIGURE 1 Group-by-time point effects on reaction time and blood oxygen level-dependent (RT-BOLD) signal and average BOLD signal. Note: This figure presents the regions that showed a significant group-by-time point interaction predicting RT-BOLD signal relations (amplitude modulation) in yellow and predicting average BOLD activity in blue. Threshold *F* statistics from the voxel-wise repeated measures analysis of variance are presented. Peak coordinates, voxel extents, and further information about each region are presented in Table 2.

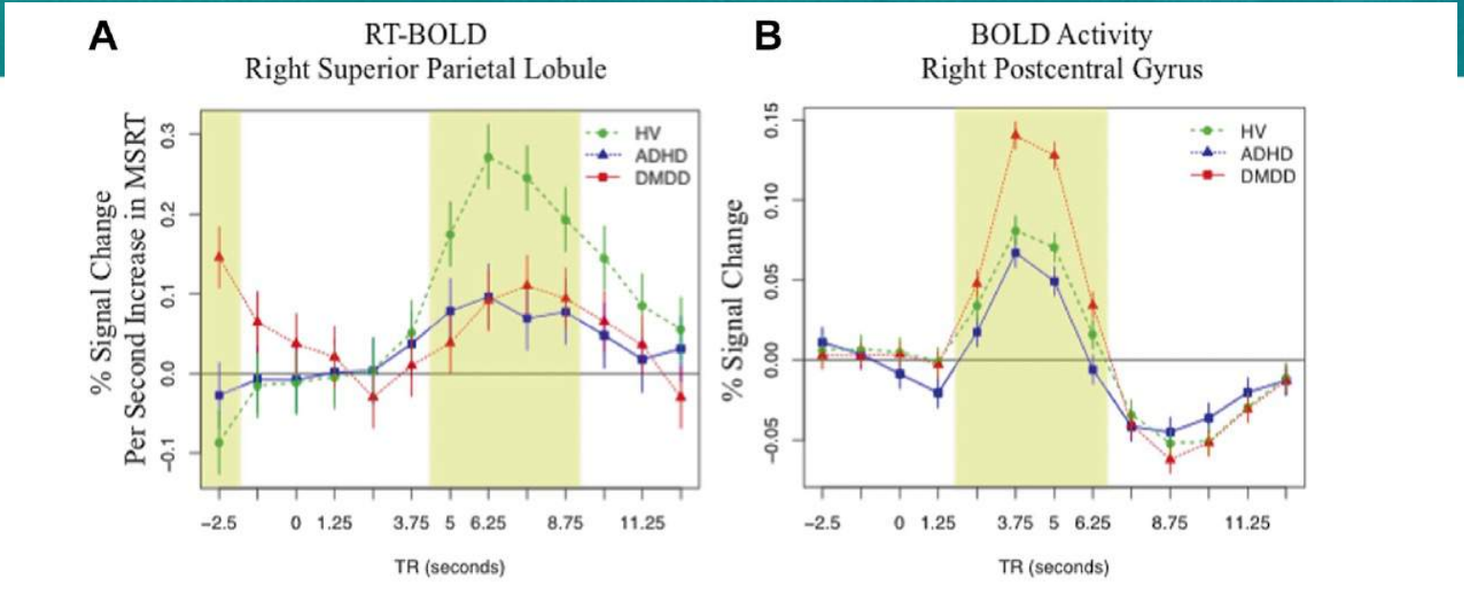


FIGURE 2 Group differences in reaction time and blood oxygen level-dependent (RT-BOLD) signal and average BOLD signal. Note: This figure displays exemplar results illustrating group-by-time point interaction predicting (A) RT-BOLD signal in the right superior parietal lobule and (B) average BOLD signal results in the right postcentral gyrus. In panel A, estimated marginal means of percentage of signal change per second increase in mean standardized reaction times (MSRTs) and their standard errors from repeated measures analysis of variance predicting RT-BOLD signal association effects are displayed. In panel B, estimated marginal means of percentage of signal change and their standard errors are presented. In the 2 plots, healthy volunteers (HV; green circles), patients with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD; blue triangles), and patients with disruptive mood dysregulation disorder (DMDD; red squares) are represented by shading indicating time points that showed a *p* value less than .05 indicating significant *t* test differences among any of the 3 groups. Stimulus onset is denoted as at 0 seconds; the 2 pre-stimulus repetition times (TRs) modeled are −2.5 and −1.25 seconds.

Brain Mechanisms of Attention Orienting Following Frustration: Associations With Irritability and Age in Youths

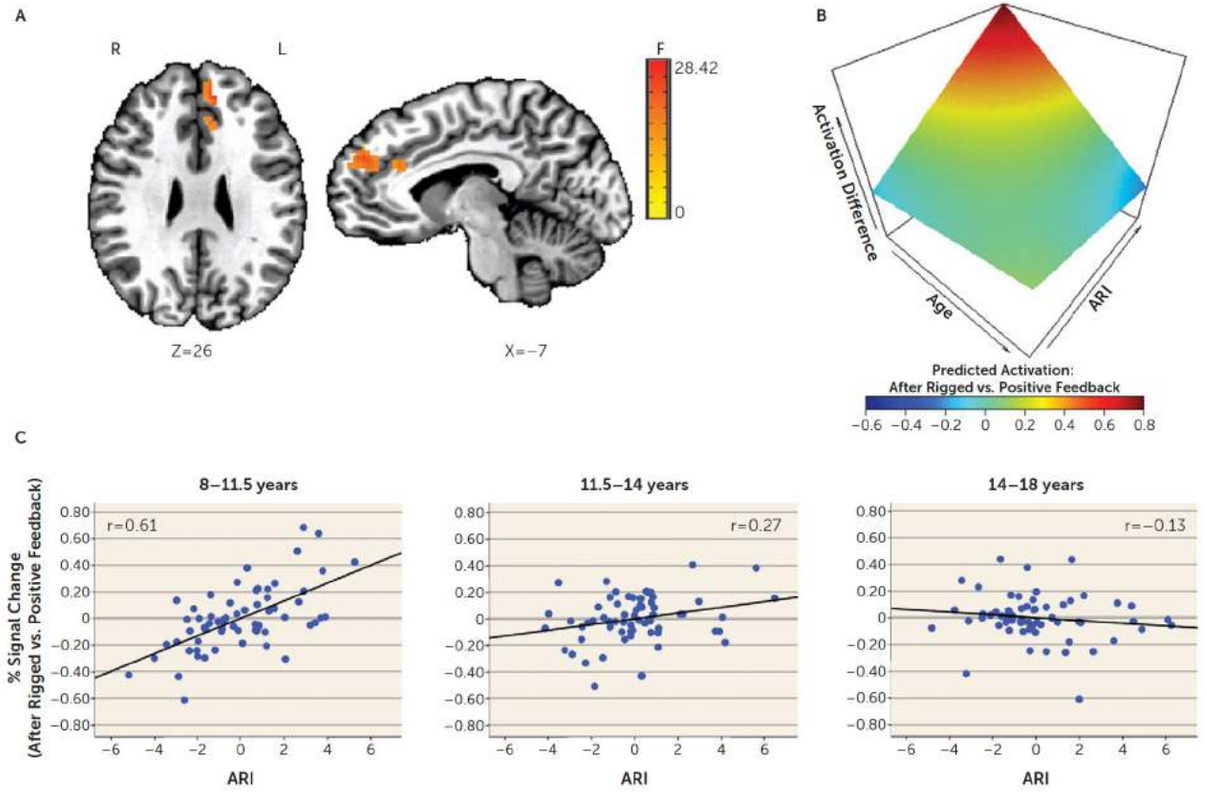
Wan-Ling Tseng, Ph.D., Christen M. Deveney, Ph.D., Joel Stoddard, M.D., Katharina Kircanski, Ph.D., Anna E. Frackman, M.D., Jennifer Y. Yi, M.A., Derek Hsu, M.D., Elizabeth Moroney, B.A., Laura Machlin, B.A., Laura Donahue, B.A., Alexandra Roule, B.A., Gretchen Perhamus, B.A., Richard C. Reynolds, M.S., Roxann Roberson-Nay, Ph.D., John M. Hettema, M.D., Ph.D., Kenneth E. Towbin, M.D., Argyris Stringaris, M.D., Ph.D., Daniel S. Pine, M.D., Melissa A. Brotman, Ph.D., Ellen Leibenluft, M.D.

Results: Whole-brain activation analyses revealed associations with irritability during attention orienting following frustration. Irritability was positively associated with frontal-striatal activation, specifically in the dorsolateral prefrontal cortex, inferior frontal gyrus, and caudate. Age moderated the association between irritability and activation in some frontal and posterior regions (the anterior cingulate cortex, medial frontal

tration. Irritability was positively associated with frontal-striatal activation, specifically in the dorsolateral prefrontal cortex, inferior frontal gyrus, and caudate. Age moderated the association between irritability and activation in some frontal and posterior regions (the anterior cingulate cortex, medial frontal gyrus, cuneus, precuneus, and superior parietal lobule [F=

Am J Psychiatry 176:1, January 2019

FIGURE 2. Age Moderating the Association Between Irritability and Activation in the Medial Prefrontal Cortex and Anterior Cingulate Cortex During Attention Orienting Following Rigged Compared With Positive Feedback[a]



Conclusions: Following frustration, levels of irritability correlated with activity in neural systems mediating attention orienting, top-down regulation of emotions, and motor execution. Although most associations were independent of age, dysfunction in the anterior cingulate cortex and posterior regions was more pronounced in young children with irritability.

White Matter Microstructure in Pediatric Bipolar Disorder and Disruptive Mood Dysregulation Disorder

Julia O. Linke, PhD, Nancy E. Adleman, PhD, Joelle Sarlls, PhD, Andrew Ross, BA, Samantha Perlstein, BA, Heather R. Frank, BA, Kenneth E. Towbin, MD, Daniel S. Pine, MD, Ellen Leibenluft, MD, Melissa A. Brotman, PhD

Drs. Linke and Adleman contributed equally to this work.

Objective: Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD) codifies severe, chronic irritability. Youths with bipolar disorder (BD) also present with irritability, but with an episodic course. To date, it is not clear whether aberrant white matter microstructure—a well-replicated finding in BD—can be observed in DMDD and relates to symptoms of irritability.

Method: We acquired diffusion tensor imaging data from 118 participants (BD = 36, DMDD = 44, healthy volunteers (HV = 38). Images of fractional anisotropy (FA), axial diffusivity (AD), and radial diffusivity (RD) were processed with tract-based spatial statistics controlling for age and sex. The data were also used to train Gaussian process classifiers to predict diagnostic group.

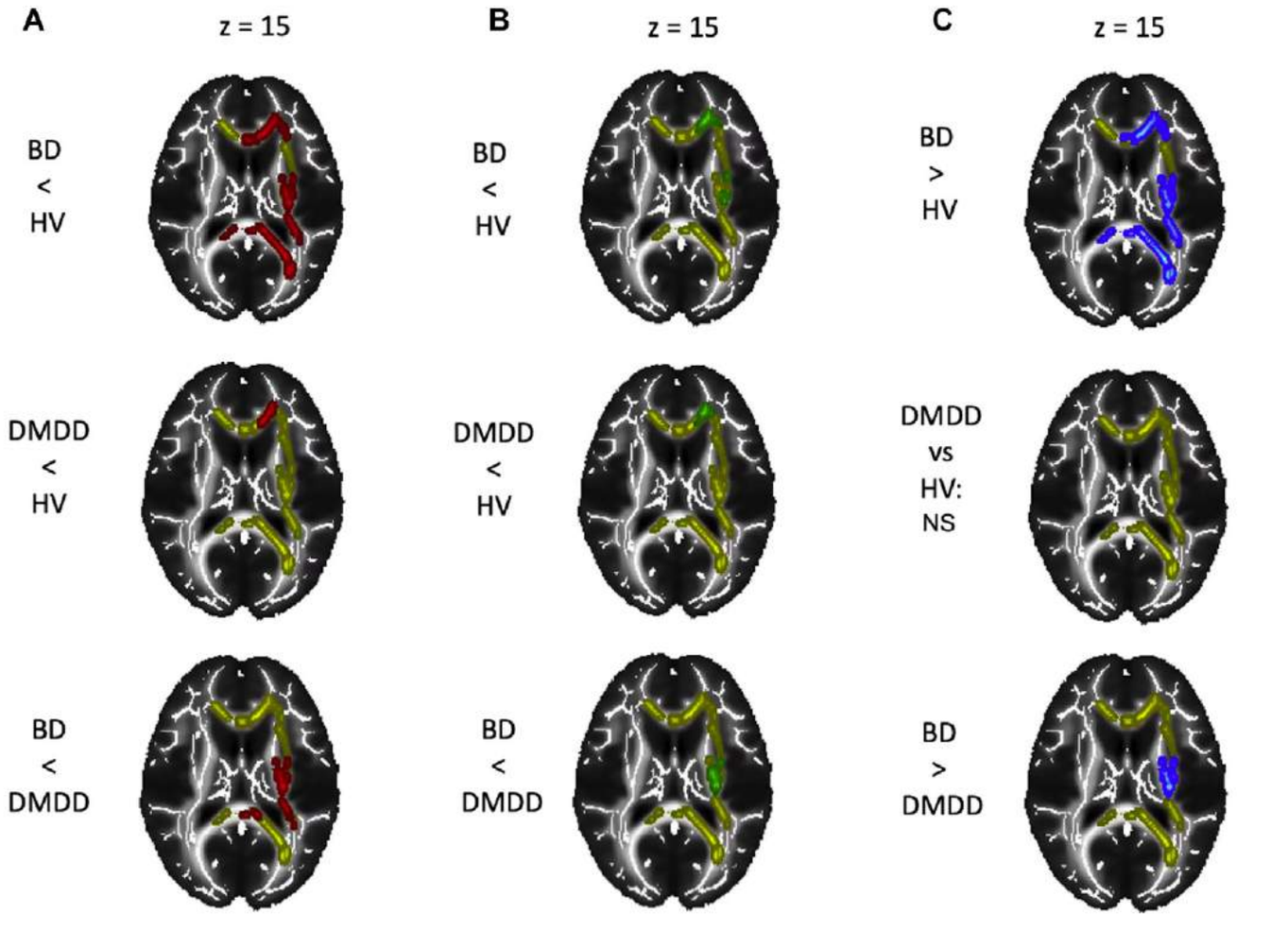
Results: In BD vs DMDD, FA in the corticospinal tract was reduced. In DMDD vs HV, reductions in FA and AD were confined to the anterior corpus callosum. In BD vs HV, widespread reductions in FA and increased RD were observed. FA in the anterior corpus callosum and corticospinal tract was negatively associated with irritability. The Gaussian process classifier could not discriminate between BD and DMDD, but achieved 68% accuracy in predicting DMDD vs HV and 75% accuracy in predicting BD vs HV.

Conclusion: Aberrant white matter microstructure was associated with both categorical diagnosis and the dimension of irritability. Alterations in DMDD were regionally discrete and related to reduced AD. In BD, we observed widespread increases in RD, supporting the hypothesis of altered myelination in BD. These findings will contribute to the pathophysiological understanding of DMDD and its differentiation from BD.

Clinical trial registration information: Studies of Brain Function and Course of Illness in Pediatric Bipolar Disorder; https://clinicaltrials.gov/; NCT00025935; Child & Adolescent Bipolar Disorder Brain Imaging and Treatment Study; https://clinicaltrials.gov/; NCT00006177.

Conclusion: Aberrant white matter microstructure was associated with both categorical diagnosis and the dimension of irritability. Alterations in DMDD were regionally discrete and related to reduced AD. In BD, we observed widespread increases in RD, supporting the hypothesis of altered myelination in BD. These findings will contribute to the pathophysiological understanding of DMDD and its differentiation from BD.

FIGURE 1 Visualization of Tract-Based Spatial Statistics (TBSS) Analysis



Note: *Mean maps of fractional anisotropy (grayscale) and mean fractional anisotropy skeleton (grayscale). Yellow colored voxels represent results of the omnibus F test. (A) Red-colored voxels signify decreased fractional anisotropy ($p_{FWE\text{-}corrected} < 0.05$). (B) Green-colored voxels show areas of reduced axial diffusivity. (C) Blue-colored voxels signify increased radial diffusivity ($p_{FWE\text{-}corrected} < 0.05$). We used the tbss-fill script to improve visualization of the results. NS = not significant. Please note color figures are available online.*

In additional analyses to parse the three subgroups using the white matter microstructural differences, Linke *et al.* trained a Gaussian process classifier (GPC) to estimate the likelihood that an individual would belong to one of the three subgroups. Having an algorithm that can estimate specific diagnoses based on the underlying neurobiology may prove beneficial for early diagnosis and personalized treatment in the future. The current algorithm was able to discriminate between DMDD vs controls and between BPAD vs controls, but not between DMDD vs BPAD. Moreover, the accuracy for BPAD was 75%, whereas for DMDD it was only 68%, implying that far too many participants would be misclassified in a clinical setting. Furthermore, it is also unclear

the future. The current algorithm was able to discriminate between DMDD vs controls and between BPAD vs controls, but not between DMDD vs BPAD. Moreover, the accuracy for BPAD was 75%, whereas for DMDD it was only 68%, implying that far too many participants would be misclassified in a clinical setting. Furthermore, it is also unclear

Evaluación del TDDEA

- No existe un consenso, ni siquiera escalas bien validadas para la evaluación de la TDDEA, ni medidas de referencia para la evaluación de la irritabilidad en niños.
- La mayoría de las escalas de calificación de padres y maestros que miden la irritabilidad y las rabietas se centran en la frecuencia de tales eventos, con menos énfasis en la duración o la gravedad.

- Pocas medidas capturan descripciones cualitativas de los arrebatos de temperamento que proporcionan descripciones detalladas de los desencadenantes, la duración y la intensidad de los arrebatos de temperamento que serían útiles para diagnosticar TDDEA en niños con otras conductas de oposición.

Evaluación del TDDEA *(cont.)*

- Existen varias medidas establecidas para evaluar las conductas agresivas, pero la agresión física no es un requisito para la TDDEA, ya que los arrebatos de temperamento pueden ser verbales y muchos jóvenes agresivos no exhiben irritabilidad persistente.
- Por lo tanto, las escalas de calificación que miden la agresión pueden no ser las mejores herramientas de evaluación para TDDEA.
- Un porcentaje considerable de niños con arrebatos de temperamento y estado de ánimo irritable frecuente no cumplirán con los otros criterios para TDDEA.
- Por lo tanto, es importante evaluar todos los criterios de inclusión y exclusión. Además, los padres pueden interpretar el término "arrebatos de temperamento" de manera diferente en función de la frecuencia de las conductas disruptivas de sus hijos, por lo que es importante preguntar a los padres sobre los detalles de la reacción de sus hijos a la frustración u otros estímulos negativos.
- Dado que la irritabilidad se asocia con una amplia gama de trastornos y es una reacción común a los eventos negativos de la vida en los niños, es importante explorar todas las causas potenciales de la irritabilidad crónica en lugar de terminar la investigación una vez que se llega a un diagnóstico de TDDEA.

Evaluación del TDDEA *(cont.)*

- Esto incluye el examen de conflictos dentro de la familia, en la escuela o en otros entornos, así como la evidencia de traumas pasados y una amplia gama de trastornos psiquiátricos.
- El cumplimiento de los criterios de TDDEA no debe detener la búsqueda de factores desencadenantes de la irritabilidad del niño, ya que este diagnóstico no requiere una etiología identificada para la angustia del niño.
- Cualquier tratamiento psicosocial eficaz para la TDDEA probablemente requerirá algún grado de manejo antecedente, lo que hace que sea aún más importante identificar los factores estresantes ambientales.
- Es más probable que este enfoque facilite un plan de tratamiento que incorpore intervenciones psicosociales, enlace con la escuela del niño y participación en todos los recursos comunitarios disponibles para tratar las deficiencias funcionales reales en lugar de depender únicamente de la medicación, en un intento de reducir la irritabilidad o la agresión.

Evaluación del TDDEA *(cont.)*

- Comience con un cuestionario de amplio espectro para padres y maestros dadas las altas tasas de comorbilidad en TDDEA.
- Administre cuestionarios de espectro estrecho si está indicado para el trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la ansiedad o la depresión.
- Incluya una medida de riesgo/resiliencia con latencia y adolescencia, como el Inventario de Riesgos y la Evaluación de Fortalezas: https://www.wpspublish.com/rise-assessment-risk-inventory-and-strengths-evaluation
- Considere la evaluación del desarrollo si está indicada, incluyendo el lenguaje, el intelecto, la neuropsicología, la función ejecutiva y el rendimiento.
- La comorbilidad clínica y la elegibilidad de IDEIA es probablemente la regla y no la excepción.

European Child & Adolescent Psychiatry (2023) 32:17–39
https://doi.org/10.1007/s00787-021-01840-4

REVIEW

Diagnostic instruments for the assessment of disruptive mood dysregulation disorder: a systematic review of the literature

Ines Mürner-Lavanchy[1] · Michael Kaess[1,2] · Julian Koenig[1,3]

Received: 25 November 2020 / Accepted: 28 June 2021 / Published online: 7 July 2021
© The Author(s) 2021

Abstract

Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD) involves non-episodic irritability and frequent severe temper outbursts in children. Since the inclusion of the diagnosis in the DSM-5, there is no established gold-standard in the assessment of DMDD. In this systematic review of the literature, we provide a synopsis of existing diagnostic instruments for DMDD. Bibliographic databases were searched for any studies assessing DMDD. The systematic search of the literature yielded $K = 1167$ hits, of which $n = 110$ studies were included. The most frequently used measure was the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia DMDD module (25%). Other studies derived diagnostic criteria from interviews not specifically designed to measure DMDD (47%), chart review (7%), clinical diagnosis without any specific instrument (6%) or did not provide information about the assessment (9%). Three structured interviews designed to diagnose DMDD were used in six studies (6%). Interrater reliability was reported in 36% of studies (ranging from $\kappa = 0.6$–1) while other psychometric properties were rarely reported. This systematic review points to a variety of existing diagnostic measures for DMDD with good reliability. Consistent reporting of psychometric properties of recently developed DMDD interviews, as well as their further refinement, may help to ascertain the validity of the diagnosis.

Measurement of DMDD diagnosis

A variety of instruments were used to diagnose DMDD in the included studies. The instrument used most often was the *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version*, K-SADS-PL [19] ($n=48$, 43.6%; $k=20$ abstracts, 18.2%) in combination with the DMDD module (Table 2), $k=27$ (24.5%; $k=12$ abstracts, 10.9%). The *Preschool Age Psychiatric Assessment*, PAPA [20] was used in $k=7$ studies (6.4%; $k=1$ abstracts, 0.9%), of which $k=4$ did so in combination with ODD and depression sections. In $k=3$ (2.7%) studies each, the *Child and Adolescent Psychiatric Assessment*, CAPA [21] ($n=0$ abstracts), the *Diagnostic Interview Schedule for Children, Version IV*, DISC-IV [22] ($n=1$ abstract, 0.9%), and the *Washington University in St. Louis Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia,* WASH-U-K-SADS [23] ($n=1$ abstract, 0.9%) were used. In $k=2$ studies (1.8%) each, the Breton, Bergeron and Labelle DMDD Scale [24] ($n=1$ abstract, 0.9%), the Conners rating scales [25] ($n=1$ abstract, 0.9%), the *Development and Well-Being Assessment*, DAWBA [26] and the *Extended Strengths and Weaknesses Assessment of Normal Behavior*, E-SWAN [27]

frontiers in Psychiatry

ORIGINAL RESEARCH
published: 17 February 2022
doi: 10.3389/fpsyt.2022.617991

Development and Initial Validation of the Disruptive Mood Dysregulation Disorder Questionnaire Among Adolescents From Clinic Settings

Assia Boudjerida[1,2], Réal Labelle[1,2,3,4], Lise Bergeron[4,5], Claude Berthiaume[4], Jean-Marc Guilé[6] and Jean-Jacques Breton[3,4]*

Results: A DMDD Questionnaire among adolescents from clinic settings is obtained. The content of the instrument's items was initially developed based on DSM-5 criteria and expert judgment to ensure that this new instrument covered the theoretical concepts of DMDD in English and French. Twelve participants (6.3%) met nine or more criteria and 11 youths (5.7%) met the three main criteria of DMDD (A, C, and D), which suggested the likely presence of DMDD. The total Cronbach's alpha was 0.90. In addition, the DMDD Questionnaire was significantly associated with depressive symptoms and borderline personality traits.

TABLE 1 | DSM-5 diagnostic criteria for DMDD and DMDD Questionnaire items.

DSM-5 criteria	Item number	Description of diagnostic criterion and item
A_1	1	Severe recurrent temper outbursts manifested verbally and/or behaviourally.
A_2	2	These outbursts are grossly out of proportion in intensity or duration to the situation or provocation.
B	Not assessed	The temper outbursts are inconsistent with developmental level.
C	3	The temper outbursts occur, on average, three or more times per week.
D_1	4	The mood between temper outbursts is persistently irritable or angry most of the day, nearly every day.
D_2	5	This mood is observable by others.
E_1	6	Criteria A–D have been present for 12 or more months.
E_2	7	There has not been a period lasting three or more consecutive months without all of the symptoms in Criteria A–D.
F_1	8	Criteria A and D are present in at least two of three settings (at home, at school, with peers).
F_2	10	These criteria are severe in at least one of these settings.
G	Assessed pre-administration	The diagnosis should not be made for the first time before age 6 years or after age 18 years (condition met by virtue of age of target client group)
H	9	The age of onset of Criteria A–E is before 10 years.
I	Not assessed	Exclusion criterion: presence of all the symptoms of a manic or hypomanic episode for more than 1 day.
J	Not assessed	Symptoms not better explained otherwise.

This diagnosis cannot co-exist with oppositional defiant disorder, intermittent explosive disorder, or bipolar disorder.

Disruptive Mood Questionnaire

Giunti Psychometrics

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE ÁNIMO DISRUPTIVO (DMQ)

El desarrollo del Cuestionario de Estado de Ánimo Disruptivo (DMQ, por sus siglas en inglés) comprende tres años de esfuerzo (2021 a 2023), miles de calificaciones por parte de padres y maestros, esfuerzos de recopilación de datos, investigación y análisis estadísticos. El desarrollo del DMQ se llevó a cabo en cuatro fases: (1) conceptualización/planificación inicial y redacción de ítems, (2) estudio piloto, (3) construcción de la escala final (incluyendo los estudios normativos, de fiabilidad y validez), y (4) desarrollo de los formularios italiano y español.

El DMQ fue diseñado como una herramienta para evaluar el estado de ánimo y el comportamiento. Niños/jóvenes de un amplio rango de edad (6 a 18 años) constituyeron la muestra objetivo para el DMQ. Debido a que la creación de una evaluación de múltiples informantes se consideró esencial, se determinó desde el principio que se crearían formularios para padres y maestros. Para lograr una eficiencia óptima al comparar los resultados entre los evaluadores, se incluyeron ítems idénticos en todos los formularios.

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE ÁNIMO DISRUPTIVO (DMQ)

La estructura preliminar del contenido se determinó mediante una revisión exhaustiva de la teoría actual y la literatura de investigación, así como la experiencia clínica y de investigación del autor en la conceptualización y evaluación de los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento relacionado.

Se desarrollaron múltiples elementos para capturar los componentes clave. Las áreas de contenido identificadas para definir el estado de ánimo disruptivo se conceptualizaron como emocionales o conductuales.

Los ítems emocionales incluyeron ira, irritabilidad, frustración, molestia y cambios de humor.

Los ítems conductuales incluían agresión, arrebatos de temperamento, amenazas, conformidad e impaciencia.

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE ÁNIMO DISRUPTIVO (DMQ)

Se incluyeron ítems que cubrían los síntomas diagnósticos del Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo, así como ítems protectores o de resiliencia como la felicidad, la amistad y la aceptación.

Además, se desarrollaron diez ítems para conformar las Escalas de Impresión Negativa e Impresión Positiva, que ayudan a indicar el sesgo de respuesta del evaluador al completar el DMQ. Estos ítems representan comportamientos extremadamente negativos o positivos que se expresan con poca frecuencia (es decir, las puntuaciones bajas o altas en las escalas de impresión negativa y positiva, respectivamente, ocurren menos del cinco por ciento de las veces en la muestra normativa). Las respuestas negativas o positivas consistentes a este conjunto de ítems podrían sugerir que el encuestado está tratando de proporcionar una impresión extremadamente negativa/positiva.

Este proceso dio como resultado un conjunto de 143 ítems para el estudio piloto.

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE ÁNIMO DISRUPTIVO (DMQ)

5. act afraid when away from parents.						
How often:	○ Never	○ Very Rarely	○ Rarely	○ Occasionally	⊘ Frequently	○ Very Frequently
How intense:	○ Not much at all	○ Slightly	○ Mildly	⊘ Moderately	○ Very	○ Extremely
How long:	○ Under 10 min	○ Under 30 min	○ Under 1 hr	○ Under 2 hrs	⊘ More than 2 hrs	○ Almost all day
6. have temper outbursts.						
How often:	○ Never	○ Very Rarely	○ Rarely	○ Occasionally	○ Frequently	⊘ Very Frequently
How intense:	○ Not much at all	○ Slightly	○ Mildly	○ Moderately	⊘ Very	○ Extremely
How long:	○ Under 10 min	○ Under 30 min	○ Under 1 hr	○ Under 2 hrs	⊘ More than 2 hrs	○ Almost all day
7. act based on emotion.						
How often:	○ Never	○ Very Rarely	○ Rarely	○ Occasionally	○ Frequently	⊘ Very Frequently
How intense:	○ Not much at all	○ Slightly	○ Mildly	○ Moderately	○ Very	⊘ Extremely
How long:	○ Under 10 min	○ Under 30 min	○ Under 1 hr	○ Under 2 hrs	○ More than 2 hrs	⊘ Almost all day
8. get rejected by peers.						
How often:	○ Never	○ Very Rarely	○ Rarely	○ Occasionally	⊘ Frequently	○ Very Frequently
How intense:	○ Not much at all	○ Slightly	○ Mildly	○ Moderately	⊘ Very	○ Extremely
How long:	○ Under 10 min	○ Under 30 min	○ Under 1 hr	○ Under 2 hrs	⊘ More than 2 hrs	○ Almost all day

To be published worldwide in 2023 by Guinti Psychometrics.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Region

#	N	%	Target
1 West	264	22,4	24%
2 Midwest	259	22,0	21%
3 Northeast	214	18,2	17%
4 South	439	37,3	38%
Totale	1176	100,0	

DMQ Estructura de los padres

DMQ Total Scale

- Escala de frecuencia
- Escala de tiempo/duración
- Escala de intensidad

Escala DSM 5 TDDEA

- DSM 5 Escala de temparamento
- DSM 5 Escala de Irritabilidad

TDDEA Escala de Riesgo

ESCALA DE PROTECCIÓN

ESCALA DE TRATAMIENTO

- Ansiedad
- Agresión
- Enojo
- Impulsividad
- Disrupción
- Desadaptación
- Fastidio
- Desafío

Índice de consistencia
Tiempo de finalización
Impresión positiva
Impresión negativa

Mean = 50; S.D. = 10, high scores problematic.

DMQ Estructura del Docente

DMQ Total Scale

- Escala de frecuencia
- Escala de tiempo/duración
- Escala de intensidad

DSM 5 Escala TDDEA

- DSM 5 Escala de temperamento
- DSM 5 Escala de irritabilidad

TDDEA Escala de riesgo

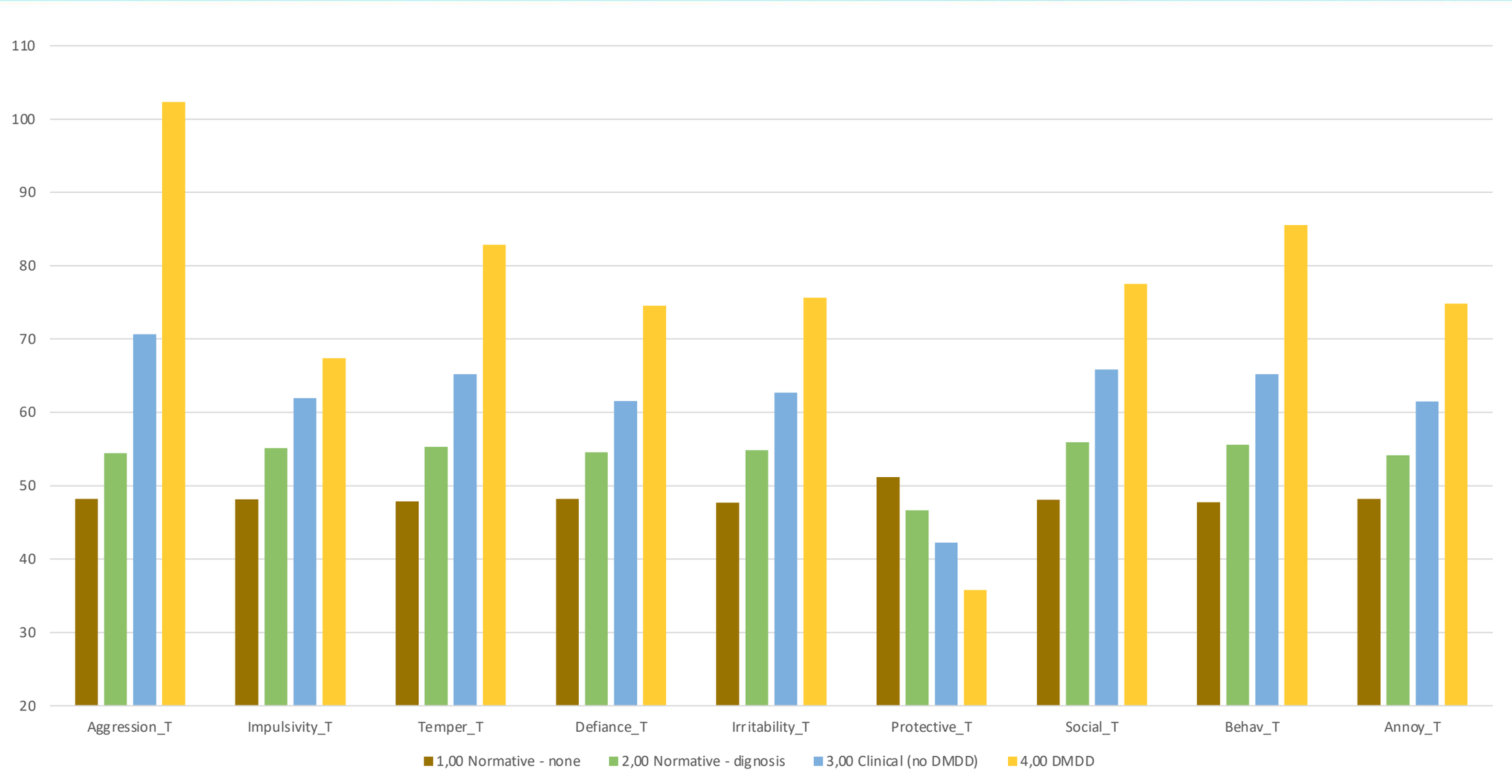
ESCALAS DE TRATAMIENTO

- Ansiedad
- Agresión
- Enojo
- Disrupción
- Fastidio
- Desafío
- Impulsividad

Índice de consistencia
Tiempo de finalización
Impresión positiva
Impresión negativa

1,00 Normative - none	614
2,00 Normative - dignosis	407
3,00 Clinical (no TDDEA)	64
4,00 TDDEA	93
Total	1178

TDDEA vs Clinical sin TDDEA



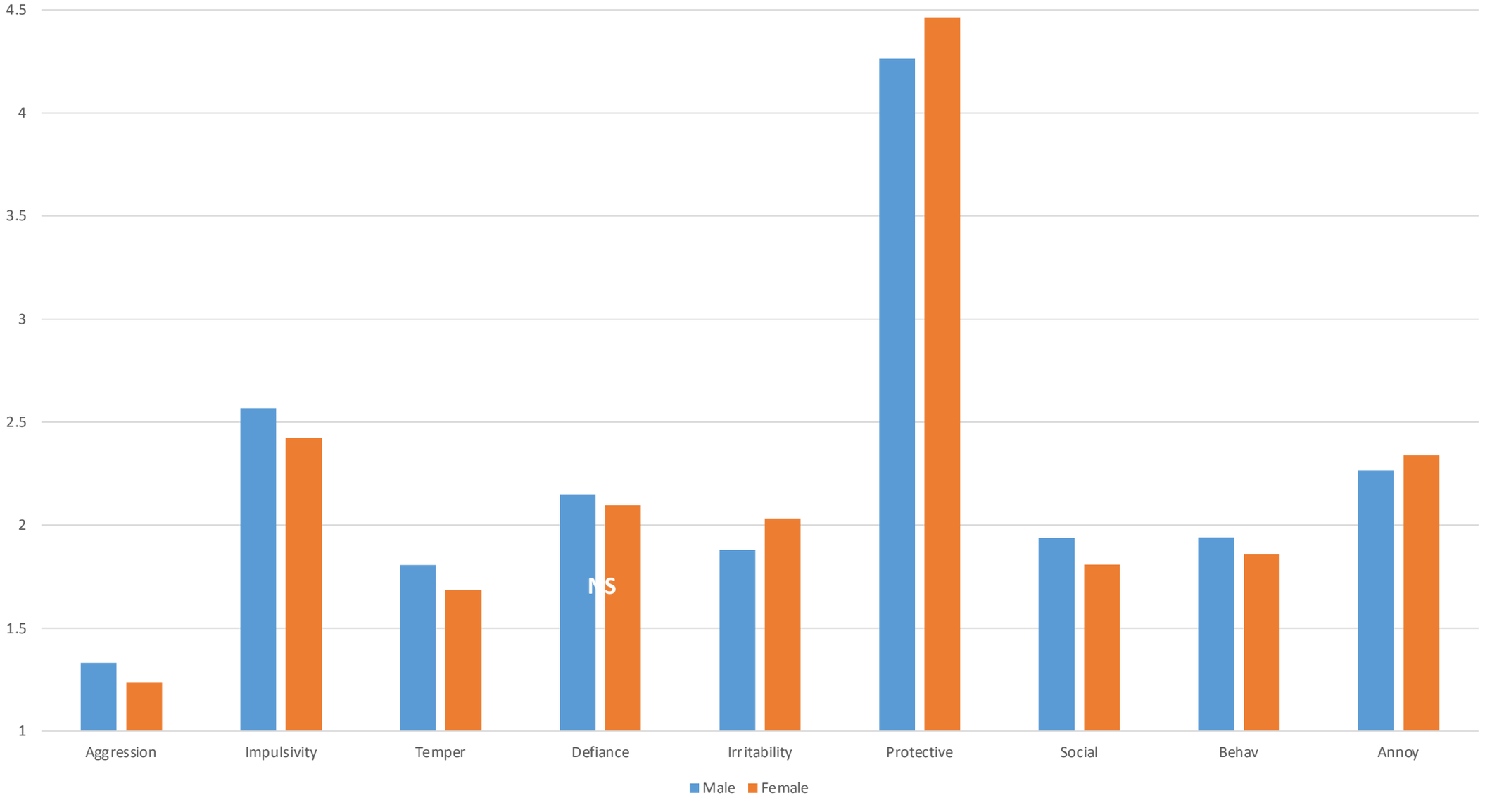
Género

Masculino (594) tienen más:

- **Agresión**
- **Impulsividad**
- **Temparamento**
- **Problemas sociales**
- **Comportamiento disruptivo**

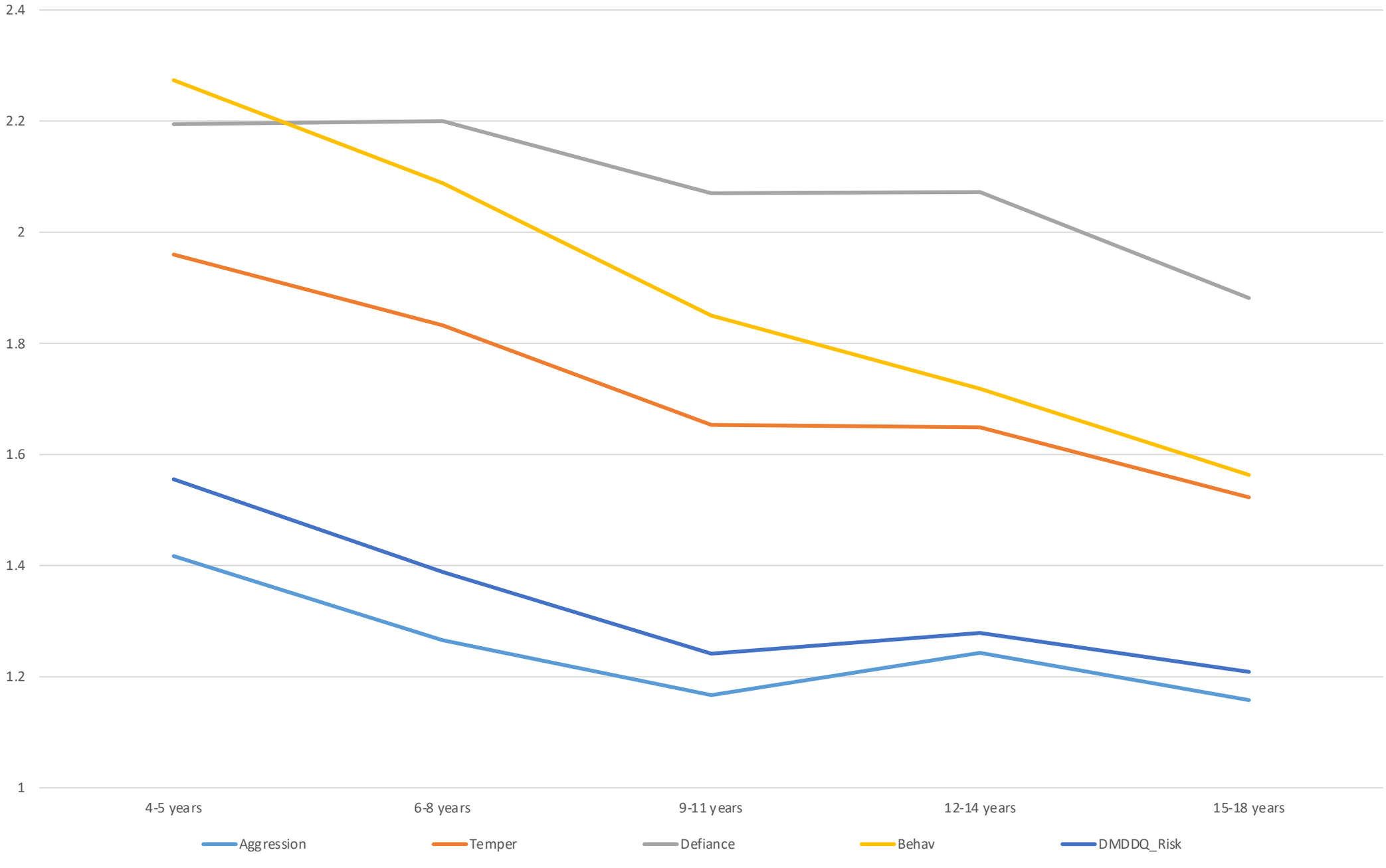
Femenino (524) tienen más:

- **Irritabilidad**
- **Factores protectores***

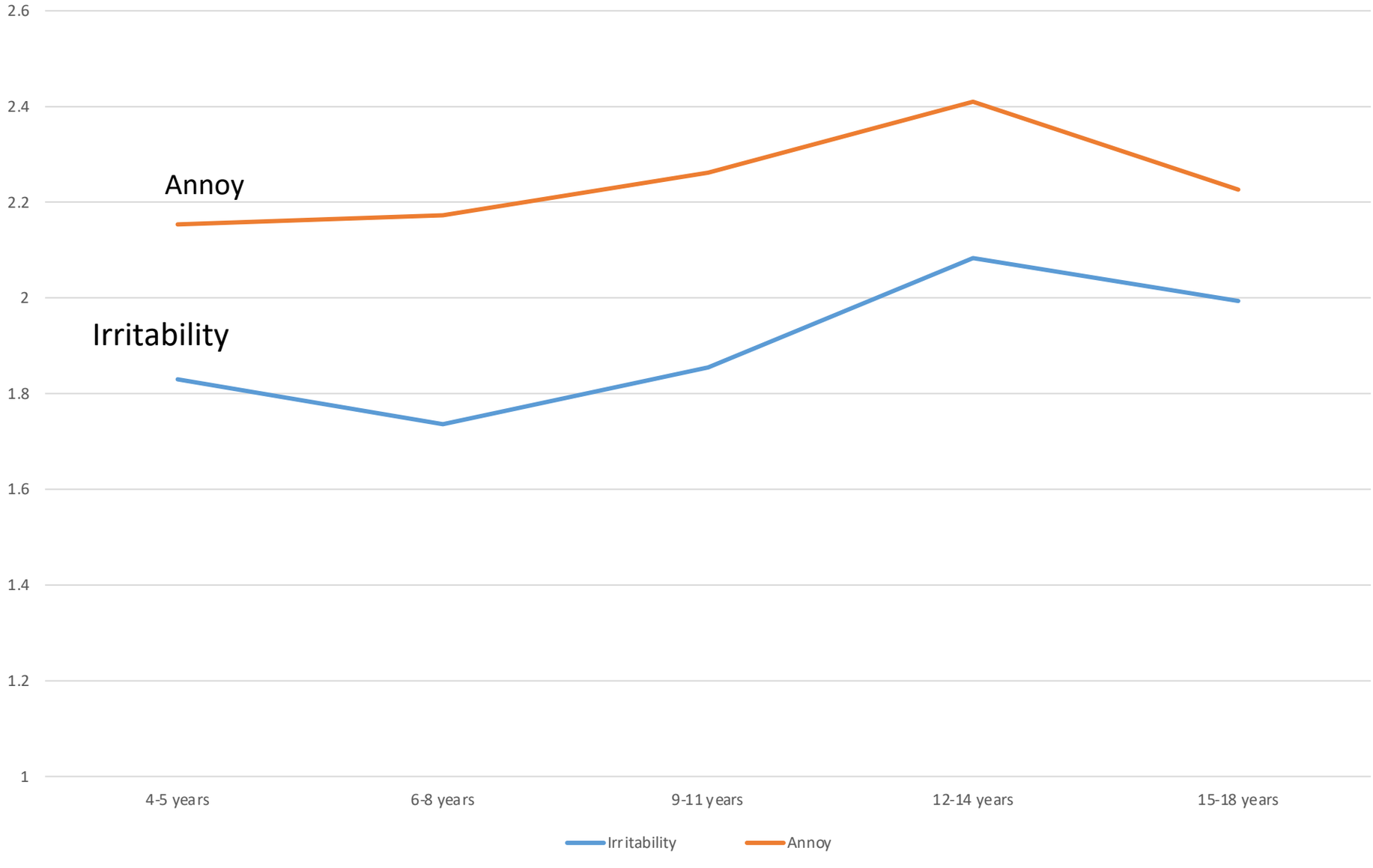


	[illegible]	[illegible]				
89	Anxiety	avoid a new activity				
113	Protective	feel accepted by others			Protective	Q113+
125	Protective	appear as happy as other people in his/her age			Protective	Q125+
97	Protective	feel good about the future			Protective	Q97+
135	Protective	have a close friend			Protective	Q135+
56	Protective	understand others			Protective	Q56+
111	Protective	express the belief that most problems have a sol			Protective	Q111+
76	Protective	adapt when plans changed all of a sudden			Protective	Q76+
96	Social_interaction	have trouble understanding others' feeling			Social	Q96+
46	Defiance	act indifferent to the moods of others			Social	Q46+
123	Social_interaction	lack remorse			Social	Q123+
61	Social_interaction	have trouble understanding others' points of vie			Social	Q61+
107	Social_interaction	miss social cues			Social	Q107+
14	Verbal_anger_expr	throw tantrums			Behav	Q14+
6	DSM_temper	have temper outbursts				
13	Impulsivity	interrupt your activities				
2	Hyperactivity	behave out of control			Behav	Q2+
48	DSM_temper	appear impatient				
3	Social_interaction	disrupt community activities				
9	Aggression	destroy things when angry			Behav	Q9+
7	Impulsivity	act based on emotion			Behav	Q7+
64	Defiance	become easily annoyed			Annoy	Q64+
26	Verbal_anger_expr	act easily annoyed by others			Annoy	Q26+
99	DSM_irritability	become annoyed			Annoy	Q99+
27	DSM_irritability	become provoked			Annoy	Q27+
21	Hyperactivity	act agitated				

Muestra normativa y Edad

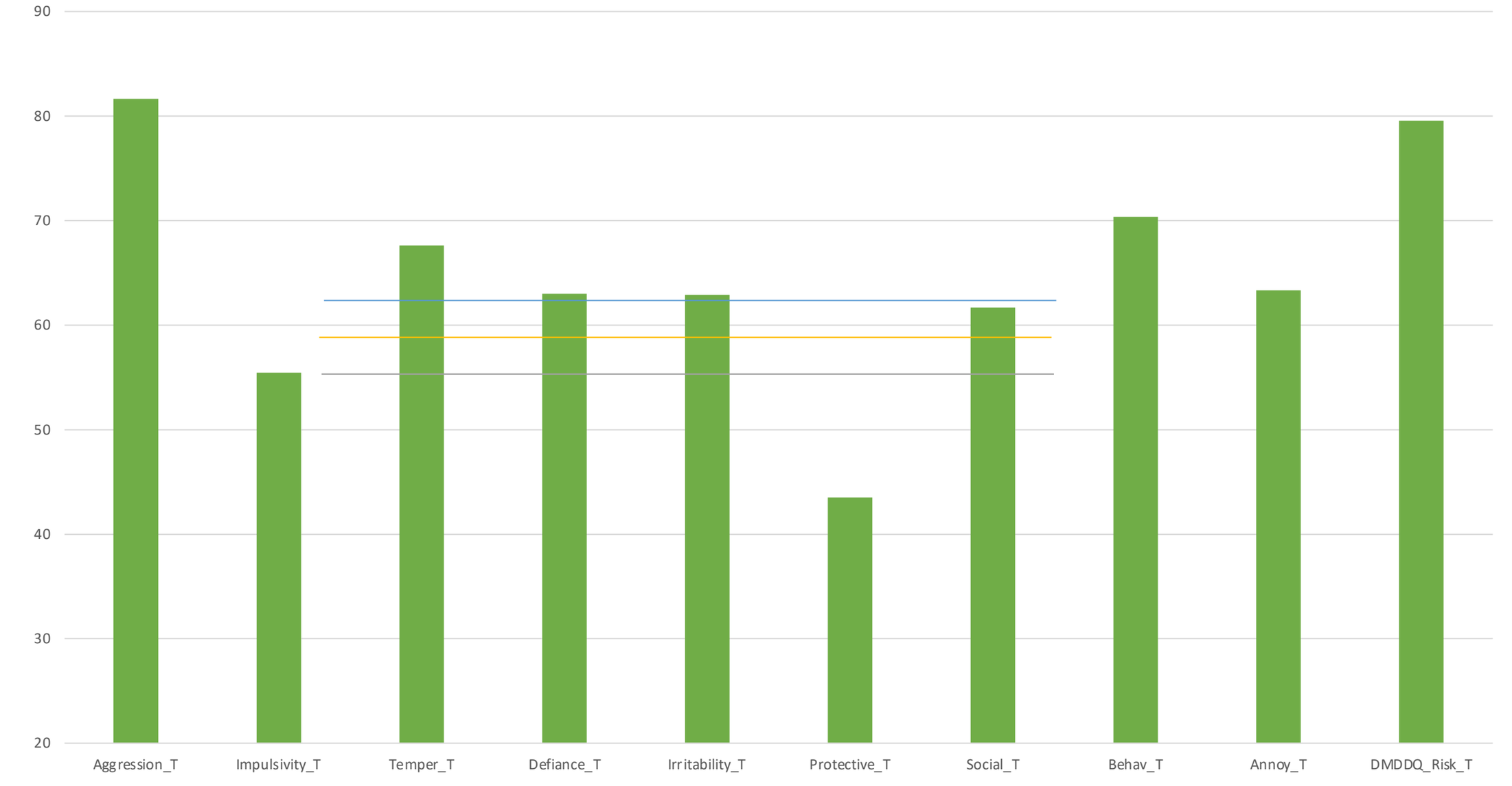


Muestra normativa y edad



CLÍNICA

Si se elimina la puntuación de Clínica sin TDDEA, seguimos teniendo un perfil característico de los niños con TDDEA.



Diagnóstico en la muestra normativa

Diagnosis	N before	% before	N after	% after
1 NONE	688	61,4	688	69,1
2 Anxiety Disorder	70	6,3	70	7
3 Obsessive Compulsive Disorder (OCD)	5	0,4	5	0,5
4 Oppositional Defiant Disorder	5	0,4	5	0,5
5 Conduct Disorder	3	0,3	3	0,3
6 LD	38	3,4	38	3,8
7 ASD	94	8,4	29	2,9
8 ADHD	162	14,5	97	9,7
10 Depressive disorder	24	2,1	24	2,4
11 Bipolar Disorder	6	0,5	6	0,6
12 Other (please specify)	25	2,2	25	2,5
Total	1120	100	990	99,5

Número de niños de 3 a 17 años diagnosticados con TDAH. Según una encuesta nacional de padres: 9,8% (datos 2016-2019)

El 9,4% de los niños de 3 a 17 años (aproximadamente 5,8 millones) habían sido diagnosticados con ansiedad en 2016-2019

Aproximadamente 1 de cada 36 (3%) niños ha sido identificado con trastorno del espectro autista (TEA)

Fuente: CDC

TDDEA y Educación Especial

- La Ley de Educación para Personas con Discapacidades de EE. UU. (IDEA, por sus siglas en inglés) requiere que las escuelas públicas brinden educación especial y servicios relacionados a los estudiantes elegibles, pero no todos los niños que tienen dificultades en la escuela califican. Para ser cubierto, el rendimiento escolar de un niño debe estar "afectado negativamente" por una discapacidad en una de las 13 categorías.
- **Otros problemas de salud.** La categoría de "otros problemas de salud" cubre las condiciones que limitan la fuerza, la energía o el estado de alerta de un niño. Un ejemplo es el TDAH, que afecta la atención y la función ejecutiva.
- **Trastorno emocional.** Varios problemas de salud mental pueden entrar en la categoría de "trastornos emocionales". Pueden incluir trastorno de ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo y depresión. ¿TDDEA?
- **Discapacidades múltiples.** Un niño con discapacidades múltiples tiene más de una condición cubierta por IDEA. Tener múltiples problemas crea necesidades educativas que no se pueden satisfacer en un programa diseñado para una sola discapacidad.

Intervención en la escuela: Referencias

- School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: Update of a meta-analysis. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.04.011
- School-based interventions for disruptive behavior. https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.09.002
- School-based intervention for childhood disruptive behavior in disadvantaged settings: A randomized controlled trial with and without active teacher support. https://doi.org/10.1037/a0033577
- *Difficult Students and Disruptive Behavior in the Classroom: Teacher Responses That Work*, by Vance Austin, PhD, and Daniel Sciarra, PhD.
- *Learning Disabilities and Challenging Behaviors: Using the Building Blocks Model to Guide Intervention and Classroom Management* (3rd ed.), by Nancy Mather, PhD, Sam Goldstein, PhD, and Katie Eklund, PhD.

Tratamiento psiquiátrico de la TDDEA

- Se han llevado a cabo estudios formales limitados sobre el tratamiento de jóvenes con TDDEA.
- Existe una base de datos en expansión para el SMD y las afecciones relacionadas (p. ej., TDAH más agresión, TDAH y TOD). Si bien la DME es el constructo diagnóstico más similar a la TDDEA, es importante enfatizar que actualmente no está claro qué tan bien se traducen los efectos del tratamiento de la DME a la TDDEA.
- Los tratamientos conductuales y farmacológicos dirigidos a los síntomas del TDAH en el Estudio de Tratamiento Multimodal de Niños con TDAH se asociaron con niveles reducidos de irritabilidad en niños con TDAH.

Tratamiento psiquiátrico del TDDEA *(cont.)*

- El único ensayo aleatorizado controlado con placebo de medicamentos en niños con SMD no encontró ningún beneficio del litio sobre el placebo. Sin embargo, otros han examinado los efectos de la medicación en fenotipos relacionados.
- Un ensayo controlado en jóvenes (N = 27) con TDAH y comportamiento agresivo refractario a la monoterapia con estimulantes (un fenotipo similar a la DME) encontró que Depakote (un anticonvulsivo) combinado con estimulantes del SNC y terapia conductual era más eficaz que el placebo combinado con un estimulante del SNC y terapia conductual.
- En ambos estudios, todos los participantes también recibieron tratamientos psicosociales antes de la aleatorización. En el Blader et. al., la dosis de estimulante del SNC se optimizó antes de la asignación a Depakote o placebo. Aproximadamente la mitad de las muestras de cada estudio mejoraron en la medida en que ya no cumplían con los criterios de ingreso.
- Se ha propuesto la oxcarbazepina (un anticonvulsivo comercializado como Trileptal) en combinación con amantadina (un antidiscinético, comercializado como Gocovri). El primer medicamento para mejorar la función del lóbulo frontal (de arriba hacia abajo) para controlar la irritabilidad, y el segundo para estabilizar el espacio-límbico (de abajo hacia arriba) para detener los arrebatos explosivos. Hay casos robustos que reportan un beneficio significativo. Esto se conoce como el Protocolo Matthews.
- ¿Oxitocina?

Tratamiento psiquiátrico de TDDEA: Referencias

- Döpfner, M., Katzmann, J., Hanisch, C. *et al.* Affective dysregulation in childhood - optimizing prevention and treatment: protocol of three randomized controlled trials in the ADOPT study. *BMC Psychiatry* **19,** 264 (2019). https://doi.org/10.1186/s12888-019-2239-8
- Findling, R., Zhou, X., George, P., & Chappell, P. (2021). Diagnostic Trends and Prescription Patterns in Disruptive Mood Dysregulation Disorder and Bipolar Disorder. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1016/j.jaac.2021.05.016
- Herpers, P.C.M., Neumann, J.E.C. & Staal, W.G. Treatment Refractory Internalizing Behaviour Across Disorders: An Aetiological Model for Severe Emotion Dysregulation in Adolescence. Child Psychiatry Hum Dev 52, 515–532 (2021). https://doi.org/10.1007/s10578-020-01036-y

Tratamiento psiquiátrico de TDDEA: Referencias (cont.)

- Treatment options for the cardinal symptoms of disruptive mood dysregulation disorder. September 2015. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, *24*(1):41–54.
- Adleman NE, Fromm SJ, Razdan V, Kayser R, Dickstein DP, Brotman MA, Pine DS, Leibenluft E. Cross-sectional and longitudinal abnormalities in brain structure in children with severe mood dysregulation or bipolar disorder. J Child Psychol Psychiatry. 2012 Nov;53(11):1149-56. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02568.x. Epub 2012 Jun 1. PMID: 22650379; PMCID: PMC3472043.
- Deveney, C., Connolly, M., Haring, C., Bones, B., Reynolds, R., & Kim, P. et al. (2013). Neural Mechanisms of Frustration in Chronically Irritable Children. *American Journal Of Psychiatry*, *170*(10), 1186-1194. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12070917

Una propuesta integral de intervención psicosocial para niños diagnosticados con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Thomas A. Smith, MA

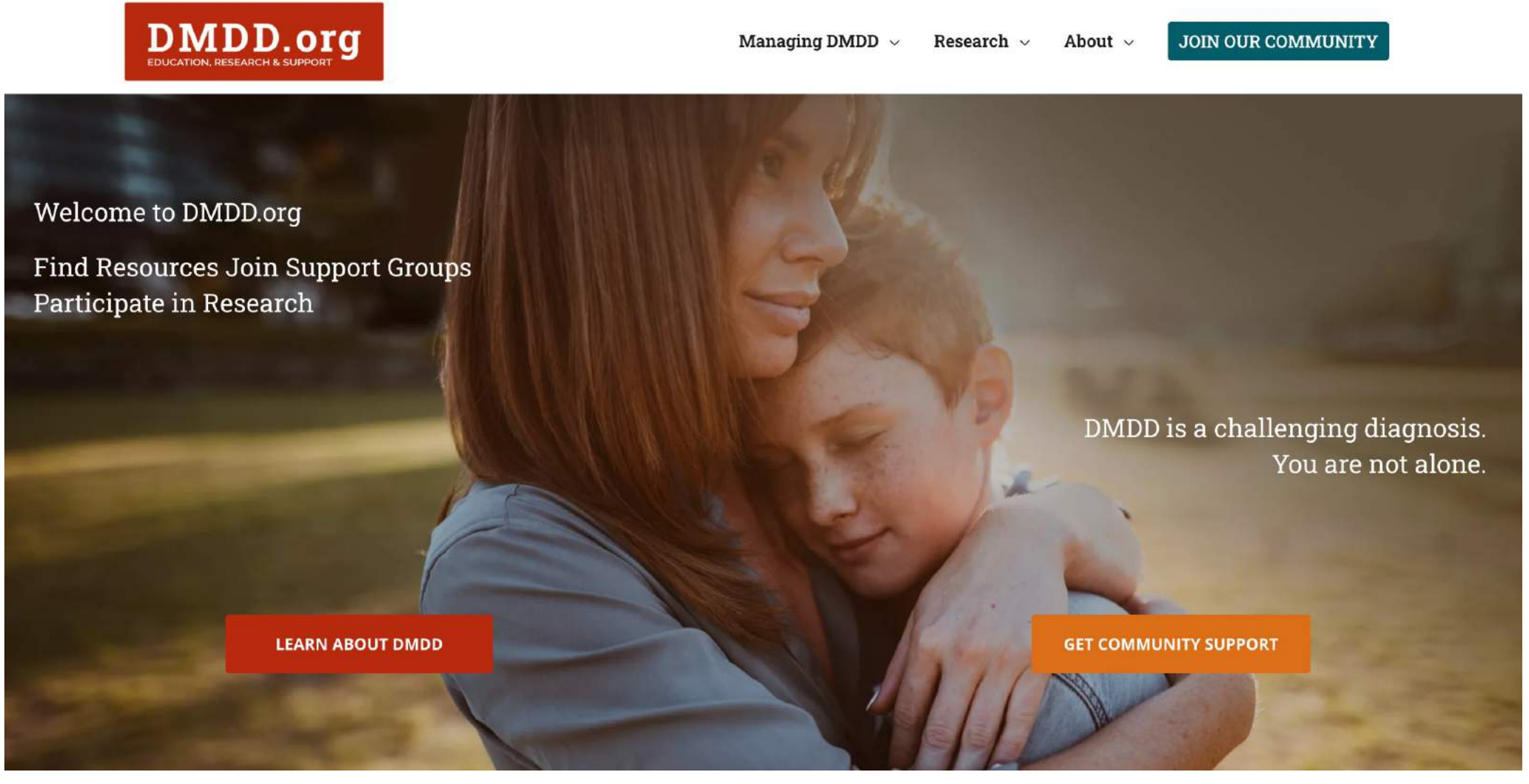
Este manual, completado como parte de una disertación de 2018, describe un programa de 8 sesiones para que los niños y los padres aprendan la aplicación práctica de los principios conductuales en la modificación del comportamiento, las habilidades de afrontamiento, la conciencia emocional y las habilidades de autorregulación.

La recopilación semanal de datos está incorporada en el protocolo para facilitar el seguimiento del progreso, así como la eficacia general del manual.

- Regulación de las emociones
- Psicoeducación
- Manejo de rabietas y aproximación sucesiva
- Activación conductual
- Mindfulness
- Irritabilidad
- Identificación emocional en los demás
- Terminación

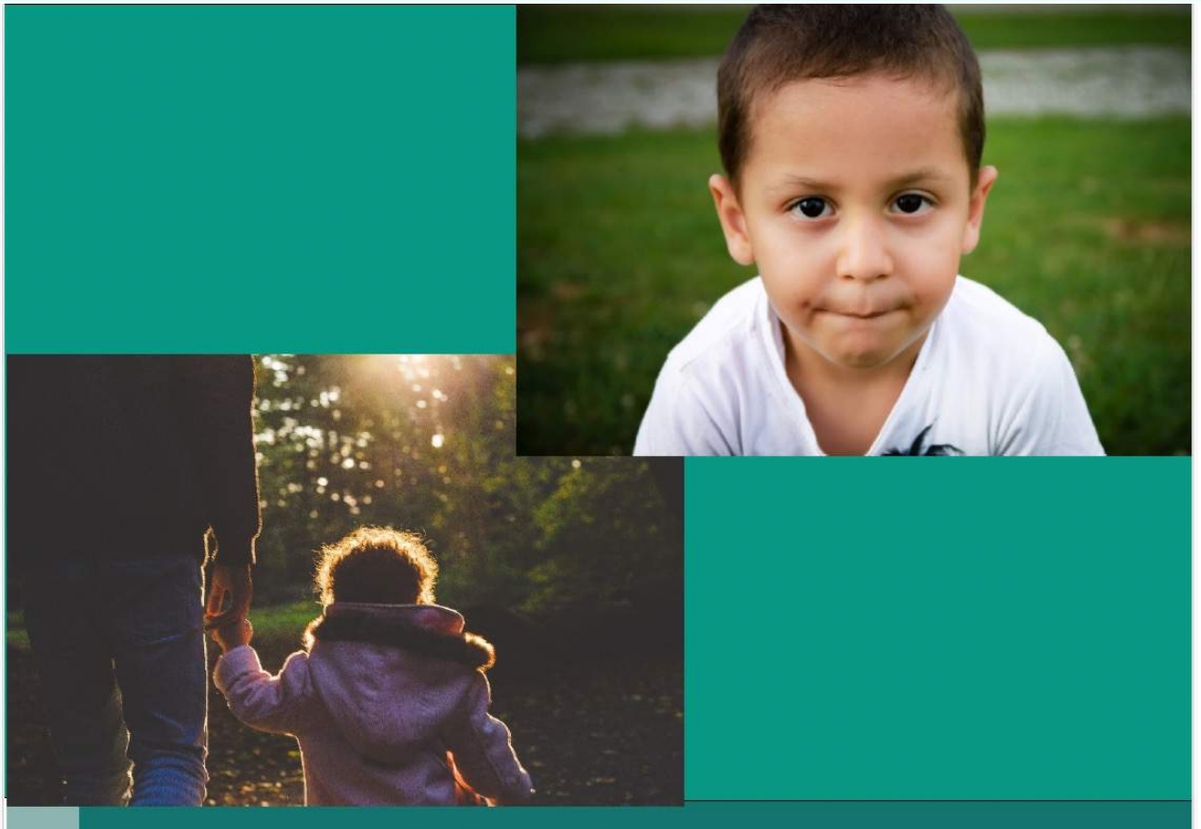
Apoyo para padres

Apoyo para padres



Apoyo para padres

En proceso



Parent Training Program for Parents of Children with DMDD (Disruptive Mood Dysregulation Disorder)

Un programa de diez sesiones para padres

1a Sesión: Entendiendo el TDDEA

Descripción: Introducción al TDDEA, su diagnóstico y prevalencia.

Objectives:

1. Los padres entenderán qué es el TDDEA y en qué se diferencia de las rabietas típicas.
2. Los padres reconocerán los criterios diagnósticos para el TDDEA.
3. Los padres identificarán la prevalencia y los conceptos erróneos comunes sobre el TDDEA.

Actividades:

1. **Vídeo de presentación:** Vea un breve documental sobre los niños con TDDEA y sus desafíos diarios.
2. **Discusión grupal:** Discuta experiencias personales y conceptos erróneos comunes.
3. **Actividad de la hoja de trabajo:** Llene una hoja que describa los criterios de diagnóstico para TDDEA.

Un programa de diez sesiones para padres

2a Sesión: El cerebro y el TDDEA

Descripción: Comprender el papel del cerebro en la TDDEA.

Objetivos:

1. Los padres identificarán cómo la TDDEA afecta al cerebro.
2. Los padres entenderán el papel de los neurotransmisores.
3. Los padres diferenciarán entre el TDDEA y otros trastornos del estado de ánimo.

Actividades:

1. **Demostración del modelo cerebral:** Usando un modelo, muestre las áreas del cerebro involucradas en el TDDEA.
2. **Flashcard Match:** Relacionar los trastornos con sus disfunciones neurotransmisoras primarias.
3. **Cuadro comparativo:** Llene una tabla que compare el TDDEA con otros trastornos del estado de ánimo.

Un programa de diez sesiones para padres

3a Sesión: Desencadenantes y señales de advertencia

Descripción: Identificar lo que exacerba o desencadena los arrebatos en el TDDEA.

Objetivos:

1. Los padres harán una lista de los posibles desencadenantes para sus hijos.
2. Los padres reconocerán las primeras señales de advertencia de un arrebato.
3. Los padres desarrollarán estrategias para abordar de manera preventiva los factores desencadenantes.

Actividades:

1. **Lista de activadores personales:** Los padres crean una lista de desencadenantes conocidos para su hijo.
2. **Role Play:** Simule escenarios para practicar la identificación de señales de advertencia.
3. **Lluvia de ideas sobre estrategias:** En grupos, propongan formas de mitigar los desencadenantes identificados.

Un programa de diez sesiones para padres

4a Sesión: Habilidades de comunicación

Descripción: Mejorar la comunicación entre padres e hijos.

Objetivos:

1. Los padres practicarán la escucha activa.
2. Los padres usarán frases en primera persona para expresar sentimientos y preocupaciones.
3. Los padres aprenderán la importancia de la comunicación no verbal.

Actividades:

1. **Role Play:** Practique la escucha activa y el uso de declaraciones en primera persona en escenarios simulados.
2. **Feedback Loop:** Las parejas se turnan para hablar y reflexionar sobre lo que escucharon.
3. **Juego de lenguaje corporal:** Adivina la emoción en función de señales no verbales.

Un programa de diez sesiones para padres

5a Sesión: Técnicas tranquilizantes

Descripción: Métodos para ayudar a los niños a controlar y disminuir su estado de ánimo.

Objetivos:

1. Los padres identificarán técnicas efectivas para calmar.
2. Los padres practicarán la implementación de estas técnicas.
3. Los padres crearán un "kit de calma" para su hijo.

Actividades:

1. **Ejercicios de respiración:** Practiquen juntos técnicas de respiración profunda.
2. **Herramientas sensoriales:** Explore y discuta varios juguetes/herramientas sensoriales que pueden ayudar a los niños a autorregularse..
3. **Actividad de manualidades:** Prepare un "kit de calma" personalizado para cada niño.

Un programa de diez sesiones para padres

6a Sesión: Estrategias de manejo del comportamiento

Descripción: Técnicas para el manejo de conductas disruptivas.

Objetivos:

1. Los padres entenderán los principios del refuerzo positivo.
2. Los padres desarrollarán estrategias para establecer expectativas claras.
3. Los padres practicarán el establecimiento de límites.

Activities:

1. **Taller de sistema de recompensas:** Diseñe una tabla de recompensas o un sistema de fichas para comportamientos positivos.
2. **Role Play:** Practica el establecimiento de límites y la provisión de consecuencias consistentes.
3. **Discusión de escenarios:** Dividirse en grupos y discutir estrategias para comportamientos desafiantes específicos.

Un programa de diez sesiones para padres

7a Sesión: Desarrollar la inteligencia emocional

Descripción: Enseñar a los niños a reconocer y comunicar sus sentimientos..

Objetivos:

1. Los padres introducirán vocabulario apropiado para la edad de las emociones.
2. Los padres fomentarán la expresión emocional a través del juego.
3. Los padres reconocerán la importancia de modelar la inteligencia emocional.

Actividades:

1. **Tarjetas didácticas de emociones:** Repase y practique el uso de tarjetas de emociones.
2. **Expresión basada en el juego:** Usar muñecas, títeres o dibujos para expresar sentimientos..
3. **Diario de reflexión:** Escribir sobre experiencias personales que modelen emociones para su hijo.

Un programa de diez sesiones para padres

8a Sesión: Autocuidado de los padres

Description: Emphasizing the importance of self-care for parents.

Objectives:

1. Parents will recognize signs of burnout.
2. Parents will identify personal self-care strategies.
3. Parents will prioritize regular self-care.

Activities:

1. **Burnout Quiz:** Identify personal warning signs of burnout.
2. **Self-care Brainstorm:** Group activity to list potential self-care activities.
3. **Schedule Planning:** Set aside time slots in the week dedicated to self-care.

Un programa de diez sesiones para padres

9a sesión: Construcción de un sistema de apoyo

Descripción: Aprovechar los recursos de la comunidad y generar apoyo.

Objetivos:

1. Los padres identificarán recursos locales de apoyo.
2. Los padres entenderán los beneficios de los grupos de apoyo.
3. Los padres establecerán conexiones con otros padres.

Activities:

1. **Resource Fair:** Invite local organizations to provide information about their services.
2. **Group Discussion:** Share experiences with different support systems.
3. **Connection Cards:** Exchange contact information with interested parents for future support.

Un programa de diez sesiones para padres

10a Sesión: Planificación para el futuro

Descripción: Anticiparse a los retos futuros y establecer objetivos a largo plazo.

Objectives:

1. Los padres establecerán metas para el desarrollo emocional y conductual de sus hijos.
2. Los padres reconocerán la naturaleza evolutiva de TDDEA.
3. Los padres planificarán los posibles desafíos en la adolescencia.

Actividades:

1. **Taller de establecimiento de metas:** Describa las metas personales para el futuro del niño.
2. **Actividad de cronograma:** Trazar los hitos esperados y los posibles desafíos.
3. **Planificación de escenarios:** Discuta estrategias para abordar desafíos futuros, como la adolescencia o la transición a la educación superior.

Tratamiento psicosocial del TDDEA: Referencias

- Smith, T. (2018). A Comprehensive Psychosocial Intervention for Children Diagnosed with Disruptive Mood Dysregulation Disorder - ProQuest. Retrieved from https://www.proquest.com/openview/fb8ce176156ffa882fc02f11ea272279/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750 Psychosocial treatment of irritability in youth. https://doi.org/10.1007/s40501-018-0141-5
- Waxmonsky, J., Waschbusch, D., Belin, P., Li, T., Babocsai, L., & Humphery, H. et al. (2016). A Randomized Clinical Trial of an Integrative Group Therapy for Children With Severe Mood Dysregulation. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, *55*(3), 196-207. doi: 10.1016/j.jaac.2015.12.011
- Exposure Based CBT?
- Knopf, A. (2017). DBT found effective for children with TDDEA. The Brown University Child And Adolescent Behavior Letter, 33(11), 3-4. doi: 10.1002/cbl.30253

Tratamiento psicosocial del TDDEA: Referencias *(cont.)*

- Benarous, X., Consoli, A., Guilé, J., Garny de La Rivière, S., Cohen, D., & Olliac, B. (2016). Evidence-based treatments for youths with severely dysregulated mood: a qualitative systematic review of trials for SMD and TDDEA. European Child & Adolescent Psychiatry, 26(1), 5-23. doi: 10.1007/s00787-016-0907-5
- Linke, J., Kircanski, K., Brooks, J., Perhamus, G., Gold, A., & Brotman, M. (2020). Exposure-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Disruptive Mood Dysregulation Disorder: An Evidence-Based Case Study. Behavior Therapy, 51(2), 320-333. doi: 10.1016/j.beth.2019.05.007
- Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S., Merrill, C., Walker, A., & Grossman, M. et al. (2017). Randomized Clinical Trial of Dialectical Behavior Therapy for Preadolescent Children With Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Feasibility and Outcomes. Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry, 56(10), 832-840. doi: 10.1016/j.jaac.2017.07.789
- Huang, C. (2021, December). Review of Treatment of Disruptive Mood Dysregulation Disorder. In 2021 4th International Conference on Humanities Education and Social Sciences (ICHESS 2021) (pp. 40-47). Atlantis Press.

¿Deberíamos considerar los tratamientos de medicina complementaria y alternativa?

- The Marshall Protocol: El Dr. Marshall sugiere que las enfermedades autoinmunes se deben a un defecto corregible en la inmunidad innata debido a una desregulación de la vitamina D. Este defecto inmunológico permite que proliferen las bacterias en forma L (deficientes en la pared celular).
- Brain Training?
- Manipulación quiropráctica
- Homeopatía
- Acupuntura
- Aromaterapia

Resultado del SMD en adultos

- Persistencia de los síntomas: Los estudios sugieren que una proporción significativa de las personas diagnosticadas con SMD durante la infancia continúan experimentando síntomas de desregulación del estado de ánimo en la edad adulta La investigación longitudinal ha indicado que estas personas tienen un mayor riesgo de desarrollar otros trastornos psiquiátricos, como el trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad y el trastorno bipolar. La persistencia de los síntomas en la edad adulta subraya la necesidad de apoyo y tratamiento continuos para personas con antecedentes de DME.
- Regulación de las emociones y salud mental: Los adultos con antecedentes de SMD a menudo continúan luchando con dificultades de regulación de las emociones. La irritabilidad intensa y persistente experimentada durante la infancia puede manifestarse como ira crónica o volatilidad emocional en la edad adulta. Estos desafíos emocionales pueden contribuir a tasas más altas de trastornos de ansiedad, depresión, abuso de sustancias y otros problemas de salud mental. Manejar estas dificultades se vuelve primordial para mejorar el bienestar general y la calidad de vida

Resultado del SMD en adultos

- Deterioro funcional: La naturaleza crónica y deteriorante del SMD durante la infancia a menudo tiene un impacto duradero en varios aspectos del funcionamiento adulto Las personas con antecedentes de SMD pueden enfrentar desafíos en el logro educativo, el funcionamiento ocupacional y las relaciones interpersonales. Las dificultades con la regulación emocional y la impulsividad pueden obstaculizar su capacidad para mantener un empleo estable, establecer y mantener relaciones saludables y alcanzar metas personales.
- Condiciones comórbidas: La investigación ha demostrado consistentemente una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos comórbidos en personas con SMD, tanto durante la infancia como en la edad adulta. Es común que las personas con SMD presenten síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno negativista desafiante (TOD) y trastorno de conducta (TC) durante la infancia. Estas afecciones comórbidas pueden persistir hasta la edad adulta y afectar aún más el funcionamiento general y el bienestar de un individuo.

Resultado del SMD en adultos

- *Relaciones interpersonales: El impacto del SMD en las relaciones interpersonales puede ser de gran alcance. Las dificultades en el control emocional y la irritabilidad pueden tensar las relaciones con la familia, los amigos y las parejas románticas. El comportamiento impulsivo asociado con el SMD puede exacerbar aún más estos desafíos, lo que lleva a conflictos y aislamiento social. Desarrollar habilidades de comunicación efectivas, empatía y mecanismos de afrontamiento saludables se vuelve crucial para fomentar relaciones positivas*.
- *Resultados educativos y vocacionales: Las trayectorias académicas y profesionales de las personas con SMD pueden verse afectadas por los síntomas persistentes del trastorno. Las dificultades con la concentración, la impulsividad y la desregulación emocional pueden obstaculizar el progreso y el rendimiento educativo. Además, los desafíos con la gestión del tiempo, la organización y el mantenimiento de rutinas estables pueden afectar el rendimiento laboral y las opciones de carrera. Sin embargo, con el apoyo, las adaptaciones y las estrategias de desarrollo de habilidades adecuadas, las personas con SMD pueden superar estos obstáculos y encontrar el éxito en las actividades que elijan*.

Resultado del SMD en adultos

- Tratamiento e intervención: Si bien la investigación sobre el resultado en adultos para las personas con SMD es limitada, los estudios sugieren que la intervención temprana y el tratamiento adecuado pueden conducir a mejores resultados. La psicoterapia, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia dialéctica conductual (TDC), puede ayudar a las personas a desarrollar mecanismos de afrontamiento eficaces, mejorar las habilidades de regulación emocional y mejorar el funcionamiento interpersonal. En ciertos casos, se pueden recetar medicamentos, como estabilizadores del estado de ánimo o antidepresivos, para controlar los síntomas.
- Resiliencia y resultados positivos: A pesar de los desafíos asociados con el SMD, es importante reconocer que las personas con esta afección también pueden demostrar resiliencia y lograr resultados positivos. Con el apoyo comunitario, la terapia y las estrategias de autocuidado adecuadas, las personas con antecedentes de SMD pueden aprender a controlar sus síntomas de manera efectiva, seguir carreras satisfactorias y establecer relaciones significativas. La presencia de una red social de apoyo, que incluya a familiares, amigos y profesionales de la salud mental, desempeña un papel crucial en la promoción de resultados positivos.

Resultado del SMD en adultos

- Condiciones concurrentes y comorbilidad: El SMD a menudo coexiste con otros trastornos psiquiátricos, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), los trastornos de ansiedad y los trastornos de comportamiento disruptivo. Estas afecciones comórbidas pueden agravar los desafíos que enfrentan las personas con SMD, lo que influye en sus resultados en la edad adulta. La evaluación integral y los enfoques de tratamiento integrados que abordan múltiples afecciones concurrentes son necesarios para optimizar los resultados a largo plazo.
- Direcciones futuras: Se necesita más investigación para profundizar nuestra comprensión del resultado de la DMEO en adultos y su relación con las personas con TDDEA. Los estudios longitudinales que rastrean a las personas con TDDEA en la edad adulta proporcionarán información valiosa sobre la estabilidad de los síntomas, las trayectorias de tratamiento y los predictores de resultados positivos. La exploración de intervenciones efectivas adaptadas específicamente a la población adulta con TDDEA también contribuirá a mejorar los enfoques terapéuticos.

Resultado del SMD en adultos: críticas y limitaciones

Si bien hay un creciente cuerpo de investigación sobre TDDEA, aún existen limitaciones. Muchos de estos estudios tienen tamaños de muestra relativamente pequeños y períodos de seguimiento cortos. Además, la mayoría se basan en entornos occidentales, lo que pone en duda la generalización de los hallazgos a diversos contextos culturales y sociales.

Estudio de caso de resultados para adultos del TDDEA

- *Introducción*: Este estudio de caso se centra en Emily, una joven adulta de 22 años que fue diagnosticada y tratada por trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA) durante su adolescencia. El caso profundiza en sus antecedentes familiares, síntomas, evaluación diagnóstica y el plan de tratamiento que se implementó.
- *Antecedentes familiares*: Emily proviene de una familia con antecedentes de afecciones psiquiátricas. Su madre fue diagnosticada con trastorno bipolar, pero está estabilizada con medicamentos. El padre de Emily tuvo problemas con el abuso de sustancias, pero ha estado en recuperación durante varios años. Emily es la menor de dos hermanos; Su hermano mayor también mostró signos de desregulación del estado de ánimo durante su adolescencia, pero no recibió un diagnóstico formal.

Conclusiones

- Hay un grupo de niños que experimentan una desregulación severa del estado de ánimo e irritabilidad intermitente.
- Los criterios del DSM 5 proporcionan un marco básico para el diagnóstico.
- Sin embargo, aún es necesario realizar estudios epidemiológicos a gran escala.
- Un grupo numeroso de niños referidos presenta con frecuencia algunos síntomas de TDDEA.
- Los niños con TDDEA tienen una alta tasa de comorbilidad.
- La TDDEA es una afección distinta, con irritabilidad crónica (no episódica), que no evoluciona a BD.
- No existen estrategias de tratamiento bien establecidas para la TDDEA.

Conclusiones

- Como el DMQ es la primera herramienta conductual referenciada a la norma para identificar específicamente a los niños con síntomas de TDDEA y problemas relacionados.
- Estos niños a menudo terminan con una combinación de medicamentos psiquiátricos con una respuesta menos que óptima.
- Este trastorno grave del estado de ánimo parece ser relativamente común (TDDEA de al menos el 3%, frente al 1% de la BD).
- No se han establecido estrategias de tratamiento para la TDDEA.
- IDEIA no incluye TDDEA como un trastorno identificado.
- Los estudios de investigación se publican cada vez con mayor frecuencia.

2023 Research

Any time
Since 2023
Since 2022
Since 2019
Custom range...

Sort by relevance
Sort by date

Any type
Review articles

include patents
include citations

Create alert

Appetite hormone dysregulation and executive dysfunction among adolescents with bipolar disorder and disruptive mood dysregulation disorder
JW Hsu, LC Chen, KL Huang, YM Bai, SJ Tsai... - European Child & ..., 2023 - Springer
... **Disruptive mood dysregulation disorder** (**DMDD**) became an official ... **disorder** and **DMDD**. In this study, we compared adolescents with **DMDD** and adolescents with bipolar **disorder** with ...
☆ Save 99 Cite Related articles All 3 versions

[HTML] ... in children with disruptive mood dysregulation disorder compared to attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder, and in children ...
A Brænden, M Coldevin, P Zeiner, J Stubberud... - European Child & ..., 2023 - Springer
... in research on **disruptive mood dysregulation disorder** (**DMDD**), this ... **DMDD**, children with attention-deficit/hyperactivity **disorder** (ADHD), and children with oppositional defiant **disorder** (...
☆ Save 99 Cite Cited by 4 Related articles All 4 versions

Neuropsychological mechanisms of social difficulties in disruptive mood dysregulation disorder versus oppositional defiant disorder
A Brænden, M Coldevin, P Zeiner... - Child ..., 2023 - Taylor & Francis
... This study explores differences in social cognition and executive function (EF) across **DMDD** and ODD and the influence of these factors and their interaction on social problems in both ...
☆ Save 99 Cite Cited by 1 Related articles All 3 versions

Disruptive Mood Dysregulation Disorder in a Norwegian Clinical Child Population
M Coldevin, A Brænden, P Zeiner... - Clinical Child ..., 2023 - journals.sagepub.com
... **Dysregulation Disorder** (**DMDD**) was introduced as a new diagnosis that included chronic irritability (daily for at least 1 year) and severe episodes of anger (3 or more times per week for ...
☆ Save 99 Cite Cited by 1 Related articles All 3 versions

Childhood trauma and disruptive mood dysregulation disorder
S Wang, ZY Hu, HZ Liu - The Lancet Psychiatry, 2023 - thelancet.com
... **mood disorders** group included depression, bipolar **disorder**, and **disruptive mood dysregulation**

https://scholar.google.com/scholar?as_ylo=2023&q=dmdd+disruptive+mood+dysregulation+disorder&hl=en&as_sdt=0,45 re reported ...

Conclusions

En la actualidad, el mejor enfoque para tratar la TDDEA consiste en:

1. Medicamentos (muchos niños terminan tomando una combinación, a menudo después de muchos ensayos).
2. Capacitación para padres y apoyo continuo. Es probable que las estrategias de ABA en el hogar ayuden. Considere también el enfoque de Ross Greene.
3. La Terapia Cognitivo Conductual se centró en el apoyo y los desafíos específicos a medida que surgen.
4. Estrategias de gestión de crisis modificadas.
5. Lo más probable es que el apoyo de IDEIA o ADA 504 sea elegible para el ED.
6. Consideración razonable de los tratamientos de MCA.

www.samgoldstein.com

info@samgoldstein.com

@drsamgoldstein

@doctorsamgoldstein

TikTok @CommonSenseScience

TRUTH. @CommonSenseScience

TEDx: https://www.youtube.com/watch?v=A19yeEjxnlc
https://www.youtube.com/watch?v=isfw8JJ-eWM

¿Preguntas?

DMQ Link

PPT Link