

SUMARIO

EDITORIAL

Trastornos de alimentación en la infancia y adolescencia. Nuevas perspectivas para nuevos tiempos

Montserrat Graell Berna 3

ARTÍCULO ORIGINAL

Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: ¿Quiénes son los hiperfrecuentadores?

Maria Sagué-Vilavella, Gerard Anmella, Maria Teresa Pons Cabrera,
Santiago Madero Gómez, Mireia Vázquez Vallejo, Victòria Soler Catà,
Eva Solé Roigé, Iria Méndez Blanco..... 8

Elaboración de un modelo de herramienta de gestión (Ficha de Transición) para pacientes en transición desde los Servicios de Salud Mental del Niño y el Adolescente hacia la Salud Mental de Adultos

E. Albaladejo Gutiérrez, E. Pérez Valiente, J.C. Espín Jaime 20

CASO CLÍNICO

Una presentación no tan atípica: autismo en mujeres

L. García Murillo, M. Díaz de Neira, M. Azul Forti-Buratti, I. Palanca Maresca 29

¿Es sólo mutismo? A proposito de un caso

G.Gámiz Poveda, I.García Miralles, M.Constanza Pacheco 35

IN MEMORIAM

Luis Ignacio Sordo Sordo (1939-2020)

Prudencio Rodríguez Ramos, Francisco Javier Huertas Serna, Abigail Huertas Patón 44

NORMAS DE PUBLICACIÓN..... 46

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2020;37(3)

La [Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil](#), de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA). Tiene como finalidad publicar investigaciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad de la asistencia clínica, de la docencia y de la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la psiquiatría del niño y el adolescente.

Esta revista se encuentra bajo Licencia Creative Commons CC [BY-NC-ND 4.0](#) y sigue los lineamientos definidos por COPE (<https://publicationethics.org/>). Depósito legal: M-6161-2015, Registrada como comunicación de soporte válido 30-R-CM

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

Inmaculada Baeza

Hospital Clínic de Barcelona; CIBERSAM; Institut D'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (DIBAPS); Universitat de Barcelona.

dirección.revista@aepnya.org

Secretaría

Paloma Varela

Hospital de Mataró, Barcelona.

secretaria.revista@aepnya.org

COMITÉ EDITORIAL

Antonio Pelaz

Hospital Universitario San Carlos, Madrid.

Carmen Moreno

Hospital General Universitario Gregorio Marañón; CIBERSAM; Universidad Complutense de Madrid.

César Soutullo

The University of Texas Health Science Center at Houston, Louis A. Faillace, MD, Department of Psychiatry & Behavioral Science, Estados Unidos.

Covadonga Martínez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM; Madrid.

Enrique Ortega

Complejo Asistencial Universitario de León.

Francisco Díaz

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada
Universidad de Granada.

Francisco Montañés

Fundación Hospital Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Helena Romero

Hospital General de Alicante; Universidad Miguel Hernández, Alicante.

Isabel Hernández

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

José Salavert

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Horta-Guinardó; Hospital Sant Rafael; Universitat Autònoma de Barcelona-U.D. Vall d'Hebron, Barcelona.

Juan José Carballo

Hospital General Universitario Gregorio Marañón; CIBERSAM; Madrid.

Óscar Herreros

Universidad de Granada.

Pedro Manuel Ruíz

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza.

Rafael de Burgos

Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil
Hospital Universitario Reina Sofía; Instituto de Investigación Biomédica de Córdoba, Universidad de Córdoba.

Soraya Otero

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; Universidad de Cantabria.

Victor Carrión

John A. Turner, M.D. Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University, Estados Unidos.

INDIZADA EN:

Biblioteca Virtual en Salud (BVS)

EBSCO Academic Search Premier

Fuente Académica Plus

REDIB

Evaluada en LATINDEX. Catálogo v1.0 (2002 - 2017).

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (AEPNYA)

Fundada en 1950. Revista fundada en 1983. Con N.I.F. G79148516 y domicilio en Madrid en la C/Santa Isabel nº51. Inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones, con el número 7685.

Secretaría Técnica AEPNYA

Correo electrónico: secretaria.tecnica@aepnya.org

Dirección: Oceano Azul. Rúa Menéndez y Pelayo, 4, 2º B, 15005, La Coruña, España.

Sitio web: www.aepnya.es

SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

www.jasolutions.com.co

Montserrat Graell Berna 

Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Niño y el Adolescente. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad Autónoma de Madrid. CIBERSAM.

DOI: [10.31766/revpsij.v37n3a1](https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n3a1)

Trastornos de alimentación en la infancia y adolescencia. Nuevas perspectivas para nuevos tiempos

Los trastornos de alimentación y de la ingesta (TAI) son trastornos mentales graves con frecuente inicio en la infancia y la adolescencia. El curso clínico es episódico con tendencia a la recaída y la cronicidad, puede prolongarse entre 4 y 8 años (1); presentan diversas complicaciones médicas (principalmente derivadas de la malnutrición) y psiquiátricas que generan la tasa de mortalidad más elevada de todas las enfermedades mentales (2).

El interés de los investigadores -de ciencias básicas, salud mental y nutrición- por estos trastornos ha experimentado un importante incremento en los últimos 20 años si atendemos al análisis bibliométrico de publicaciones indexadas, lo cual ha permitido avanzar en el conocimiento de la naturaleza, etiopatogenia y nosología de los TAI que deberá proyectarse progresivamente en el abordaje clínico-terapéutico.

Los estudios epidemiológicos reflejan una estabilización de las tasas globales de TAI en los últimos 30 años, pero con un leve incremento en las poblaciones de riesgo (mujeres adolescentes) y lo que es aún más interesante para los profesionales de salud mental infantil, una disminución de la edad de inicio especialmente para la anorexia nerviosa (AN) que se sitúa entre los 12 y los 14 años coincidiendo con un adelanto de la menstruación y de la adolescencia (3). Otro foco de atención epidemiológica relevante es el cada vez más frecuente número de hijos de madres que han sufrido previamente o padecen durante el embarazo y crianza un TAI; estos niños presentan mayor vulnerabilidad de trastornos mentales -TAI, trastornos emocionales y de aprendizaje- y posibles dificultades durante la crianza y desarrollo (ej: dificultad para alimentarse) que merecerán la atención

especializada de los profesionales de salud mental infantil y juvenil (4).

El modelo etiopatogénico de los TAI propuesto por la comunidad científica ha experimentado un profundo viraje desde los modelos culturales iniciales a considerar la etiología como una compleja interacción de factores biológicos, familiares, sociales y culturales. Tal como demuestran estudios recientes, el componente genético en la anorexia nerviosa es potente, con una heredabilidad entre 50-60% similar a otros trastornos mentales (5). Los genes implicados en los TAI no son sólo los asociados a neurotransmisores de los circuitos cerebrales (serotonina, dopamina, noradrenalina). De particular interés son los resultados de un reciente estudio de asociación del genoma completo (GWAS por sus siglas en inglés) en AN que haya correlaciones genéticas significativas entre AN y factores metabólicos y antropométricos -correlaciones positivas con colesterol-HDL y negativas con el índice de masa corporal (IMC), obesidad, insulina y glucosa-. Estos hallazgos han alentado a re-conceptualizar la etiopatogenia de la AN como una condición mixta psiquiátrica y metabólica que hace comprensible la dificultad observada en algunas pacientes para mantener la mejoría nutricional durante el curso clínico (6).

Por otro lado, conocemos desde hace años que la malnutrición y deshidratación de los TAI produce alteraciones dinámicas en la estructura cerebral que son reversibles cuando se normaliza el estado nutricional. Aún queda por dilucidar si algunos cambios estructurales pueden influir en la expresión sintomática y curso clínico y/o si constituyen rasgos del trastorno. Además, la neuroimagen funcional en pacientes con AN muestra que la alteración de

algunos circuitos de aprendizaje - refuerzo/castigo dependiente de dopamina y aprendizaje de hábitos- de regiones estriatales, ínsula y frontales pueden contribuir a la conducta de restricción de comida estableciendo círculos viciosos que impiden la mejoría clínica (7). Asimismo, estudios recientes demuestran que la conectividad funcional en reposo en AN está alterada, implicando áreas de la ínsula, zona asociada a la percepción del gusto e integración de la percepción corporal. Otros estudios encuentran tanto baja como elevada activación en AN en diferentes redes y durante condiciones de reposo y tarea. Es necesario conocer si la conectividad funcional se normaliza con la recuperación o puede identificar alteraciones relacionadas con la resistencia a la recuperación o es un rasgo asociado al trastorno (7).

La mayoría de estudios de neuroimagen se han realizado en AN, una reciente revisión sistemática en bulimia nerviosa y trastorno por atracón muestra que la gravedad del trastorno, definido por la frecuencia de atracones, está relacionada con más cambios neurales, especial relevancia tienen la hipoactividad en circuitos fronto-estriatales relacionados con la auto-regulación, respuestas aberrantes en la ínsula, amígdala, gyrus frontal medio y córtex occipital frente a diferentes estímulos o tareas -especialmente alimentos o figuras corporales- y la disminución de la capacidad atencional y aprendizaje (8).

Con el conocimiento actual, para una adecuada comprensión de la etiología de los TAI de inicio en la infancia y adolescencia es recomendable proponer modelos que integren los factores bio-psico-sociales que han demostrado relación con los TAI y que sobre todo incluya la perspectiva de desarrollo. El modelo de desarrollo de la AN tiene en cuenta diversos factores como la predisposición genética a los TAI, rasgos temperamentales -perfeccionismo, evitación de daños, ansiedad, rasgos obsesivos- con su correlato biológico en circuitos cerebrales (9), cambios hormonales y de figura corporal durante la adolescencia y eventos vitales. La predisposición genética facilita involucrar a la ingesta/alimentación (restricción o compulsión) como una estrategia de afrontamiento del afecto negativo o distrés conduciendo a cambios biológicos por la malnutrición que a su vez incrementarán los rasgos premórbidos (compulsividad, obsesividad) y el establecimiento de un círculo vicioso que mantiene el trastorno (10). Aún así, este modelo de forma sorprendente no incluye factores familiares como la emoción expresada y sociales como el aislamiento

que conocemos son factores mantenedores de los TAI (11).

Desde el punto de vista nosológico, las últimas clasificaciones de trastornos mentales (DSM-5 y CIE-11^a) han representado un notable ajuste a las condiciones clínicas específicas de los TAI de niños y adolescentes, tanto por la adaptación de los criterios físicos y psicopatológicos al momento de desarrollo evolutivo como por la inclusión del nuevo trastorno por evitación y restricción de la ingesta de alimentos (TERIA). La heterogeneidad clínica de los TAI en edad infantil y escolar, que no se ajustaba a los criterios diagnósticos existentes, había generado una elevada frecuencia de diagnóstico de trastornos de alimentación no especificados y el uso en el ámbito clínico de clasificaciones alternativas. La descripción clínica del TERIA de la DSM-5 proviene de la clasificación de alteraciones alimentarias (inapetentes, selectivos y fóbicos) de los niños propuesta por Lask & Bryant-Waugh y de la categoría diagnóstica de trastorno de alimentación en la infancia del DSM-IV-R. Se distinguen al menos tres dimensiones psicopatológicas que no son mutuamente excluyentes: niños/adolescentes con poco interés por la comida, otros con aversión a ciertos alimentos por sus características sensoriales y aquellos que evitan algunos alimentos o comer por miedos específicos al proceso de la ingesta; no presentan las cogniciones ni emociones alteradas relacionadas con el peso o la imagen corporal presentes en la AN (12,13). Existen diferencias epidemiológicas y clínicas entre ambos trastornos que avalan la validez nosológica del TERIA (14), aunque la validez de constructo aún constituye una importante área de estudio en el momento actual. Por las características clínicas del TERIA se ha recuperado el estudio del papel de la sensorialidad y la sensibilidad interoceptiva en los TAI.

Asimismo, los estadios clínicos de las nuevas clasificaciones permitirían el ajuste de la intervención terapéutica al momento evolutivo y a las características específicas del paciente; sin embargo, aún no se ha demostrado la validez de la clasificación de gravedad de la AN del DSM5 usando como especificador el IMC (15) y es un área de máximo interés para investigadores y clínicos. La identificación de las trayectorias sintomáticas del TAI permitirá conocer los síntomas o condiciones presentes antes del inicio del trastorno (síntomas alimentarios en la infancia, dietas, insatisfacción corporal), los síntomas de la fase prodrómica del TAI y los factores relacionados con la cronicidad.

Respecto al tratamiento podemos considerar tres hitos que representan aportaciones clínicamente relevantes en los TAI de la infancia y adolescencia: (1) la intervención precoz a la vez que intensiva siempre en el contexto de un potente vínculo terapéutico; (2) la diseminación de la terapia basada en la familia para los primeros episodios de anorexia nerviosa del niño/adolescente; y (3) el uso de las nuevas tecnologías para mejorar la evaluación y tratamiento.

Las estrategias de prevención selectiva (poblaciones determinadas) sobre los factores de riesgo y por supuesto, la intervención precoz sobre síntomas prodrómicos (algunos de ellos similares a los factores de riesgo como en el caso de las dietas repetidas o la insatisfacción corporal) son particularmente pertinentes. Se ha sugerido que la neuroprogresión (bien por el propio trastorno o por sus complicaciones físicas) puede producir claras resistencias al cambio y menor sensibilidad a la intervención terapéutica (16). Además, la intervención precoz -siempre con atención a la recuperación nutricional en el contexto del vínculo terapéutico y apoyado en técnicas familiares y cognitivo conductuales- ha demostrado producir un buen resultado clínico y probablemente mejorar el pronóstico de los TAI, de la misma manera que en otros trastornos mentales (17).

La terapia basada en la familia (FBT en sus siglas en inglés) o Terapia Familiar adaptada a AN (FT-AN) ha demostrado eficacia con buenas tasas de recuperación en la AN del adolescente leve o moderada (60% remisión al año) y con familias capacitadas y disponibles para colaborar en el cuidado del adolescente enfermo (18). Para una adecuada implementación requiere formación en terapia de familia y también en principios cognitivo-conductuales, dado que la adaptación de la FBT a diferentes medios, situaciones clínicas y familias requiere la ampliación del modelo de intervención a varias perspectivas teóricas. Por otro lado, la terapia de exposición en imaginación, in vivo o con realidad virtual a comida evitada, a sensaciones interoceptivas, a imagen corporal y a situaciones sociales constituyen una técnica de reconocida eficacia que se ha recuperado y se está implementado con fuerza dentro de programas de intervención cognitivo-conductuales y familiares en los niños/adolescentes con TAI (19).

Las nuevas tecnologías pueden aportar grandes ventajas a la evaluación y a los modelos de intervención terapéutica existente, especialmente en momentos como el de la actual pandemia. Las intervenciones de mSalud (salud asistida por

el móvil) en TAI han demostrado eficacia para mejorar el acceso a la psicoeducación y a materiales terapéuticos, también para apoyar y facilitar la auto-monitorización sintomática necesaria en la terapia cognitivo-conductuales (TCC) y ofrecer mejores oportunidades para la comunicación entre paciente y terapeuta, y siendo muy bien aceptada por pacientes, familias y clínicos (20). En un estudio controlado multicéntrico reciente en adolescentes con TAI que añade un componente mSalud para la monitorización de síntomas, hemos hallado que, además de la misma eficacia, se observa una reducción de las visitas presenciales con la consecuente reducción de costes indirectos del tratamiento (21). Por otro lado, hay evidencias científicas que indican que la TCC por videoconferencia (telesalud) con los adecuados procedimientos (medios técnicos, condiciones ético-legales, estructura de la sesión, monitorización de peso y plan de emergencia médico-psiquiátrica) tiene una buena eficacia clínica para TAI de adultos y adolescentes (22). La adaptación de la telesalud para terapia basada en la familia, terapia de grupo y hospital de día para TAI del niño y el adolescente no está aún bien demostrada, aunque por las medidas de confinamiento por la pandemia COVID-19 se ha producido un rápido avance en los protocolos de teleterapia (23,24).

En resumen, los TAI aumentan su prevalencia de manera similar a otros trastornos mentales pero los de tipo restrictivo (especialmente la anorexia nerviosa) son de aparición cada vez más temprana lo que implica que el diagnóstico y tratamiento precoz dependerá directamente de los profesionales de salud mental infanto-juveniles. La conceptualización de los TAI ha virado desde síndromes ligados a la cultura a ser considerados biológicamente determinados y de probable origen mixto psiquiátrico y metabólico. Los nuevos criterios y categorías diagnósticas, así como el estadiaje por curso clínico (incluido los pródromos) favorecen especialmente a los niños y adolescentes siempre que los profesionales estemos preparados para realizar el diagnóstico y la intervención terapéutica precoz. Es necesario avanzar y trasladar el nuevo conocimiento de la naturaleza de los TAI a la intervención terapéutica, especialmente para determinar los factores que se asocian a la cronicidad. Las intervenciones terapéuticas asistidas con tecnología combinadas con intervenciones presenciales serán una adecuada opción en cuanto se adapten a las modalidades y estrategias terapéuticas necesarias para TAI del niño y adolescente.

REFERENCIAS

1. Morandé Lavín G. Introducción y Concepto de los Trastornos del Comportamiento Alimentario. En: Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad: Un enfoque Integral. En Morandé, G.; Graell, M.; Blanco, MA. Madrid: Editorial Panamericana.; 2014. p. 5–10.
2. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724–731.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
3. Steinhausen HC, Jensen CM. Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *Int J Eat Disord*. 2015;48(7):845–850.
<https://doi.org/10.1002/eat.22402>
4. Barona M, Nybo Andersen AM, Micali N. Childhood psychopathology in children of women with eating disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;134(4):295–304.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12112>
5. Bulik CM, Blake L, Austin J. Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(1):59–73.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.007>
6. Watson HJ, Yilmaz Z, Thornton LM, et al. Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nat Genet*. 2019;51(8):1207–1214.
<https://doi.org/10.1038/s41588-019-0439-2>
7. Frank GKW, Shott ME, DeGuzman MC. Recent advances in understanding anorexia nervosa. *F1000Res*. 2019;8:F1000 Faculty Rev-504. Published 2019 Apr 17. <https://dx.doi.org/10.12688%2Ff1000research.17789.1>
8. Donnelly B, Touyz S, Hay P, Burton A, Russell J, Caterson I. Neuroimaging in bulimia nervosa and binge eating disorder: a systematic review. *J Eat Disord*. 2018;6:3.
<https://doi.org/10.1186/s40337-018-0187-1>
1. Herpertz-Dahlmann, B., Seitz, J., & Konrad, K. Aetiology of anorexia nervosa: From a “psychosomatic family model” to a neuropsychiatric disorder? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2011; 261(SUPPL. 2), 177–181.
<https://doi.org/10.1007/s00406-011-0246-y>
10. Kaye, W. H., Wierenga, C. E., Bailer, U. F., Simmons, A. N., & Bischoff-Grethe, A. Nothing Tastes as Good as Skinny Feels: The Neurobiology of Anorexia Nervosa. *Trends in Neurosciences*, 2013; 36(2).110–120.
<https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.tins.2013.01.003>
11. Treasure, J., & Schmidt, U. The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 2013; 1(13), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13>
12. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, & Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 2010; 43(2), 98–111.
<https://doi.org/10.1002/eat.20795>
13. Katzman DK, Norris ML, Zucker N. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(1):45–57.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.003>
14. Becker KR, Keshishian AC, Liebman RE, et al. Impact of expanded diagnostic criteria for avoidant/restrictive food intake disorder on clinical comparisons with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2019;52(3):230–238.
<https://doi.org/10.1002/eat.22988>
15. Machado PP, Grilo CM, Crosby RD. Evaluation of the DSM-5 Severity Indicator for Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2017;25(3):221–223. <https://doi.org/10.1002/erv.2508>
16. Treasure J, Stein D, Maguire S. Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. *Early Interv Psychiatry*. 2015;9(3):173–184.
<https://doi.org/10.1111/eip.12170>
17. Fukutomi A, Austin A, McClelland J, et al. First episode rapid early intervention for eating disorders: A two-year follow-up. *Early Interv Psychiatry*. 2020;14(1):137–141.
<https://doi.org/10.1111/eip.12881>
18. Lock J. Updates on Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019;28(4):523–535.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.001>
19. Butler RM, Heimberg RG. Exposure therapy for eating disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2020;78:101851.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101851>

-
20. Anastasiadou D, Folkvord F, Lupiañez-Villanueva F. A systematic review of mHealth interventions for the support of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2018;26(5):394–416. <https://doi.org/10.1002/erv.2609>
 21. Anastasiadou D, Folkvord F, Brugnera A, et al. An mHealth intervention for the treatment of patients with an eating disorder: A multicenter randomized controlled trial. *Int J Eat Disord.* 2020;53(7):1120–1131. <https://doi.org/10.1002/eat.23286>
 22. Sproch LE., Anderson KP. Clinician-Delivered teletherapy for eating disorders. *Psychiatr Clin N Am.* 2019; 42 243–252. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.008>
 23. Graell M, Morón-Nozaleda MG, Camarneiro R, et al. Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. *Eur Eat Disord Rev.* 2020; <https://doi.org/10.1002/erv.2763>
 24. Matheson BE, Bohon C, Lock J. Family-based treatment via videoconference: Clinical recommendations for treatment providers during COVID-19 and beyond. *Int J Eat Disord.* 2020;53(7):1142–1154. <https://dx.doi.org/10.1002%2Feat.23326>

Maria Sagué-Vilavella^{1*}
Gerard Anmella^{1,2}
Maria Teresa Pons Cabrera¹
Santiago Madero Gómez¹
Mireia Vázquez Vallejo¹
Victòria Soler Catà¹
Eva Solé Roigé¹
Iria Méndez Blanco³

1. Servei de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona, Catalunya, España.
2. Unitat de trastorns bipolars i depressius. Institut de Neurociències. Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM. Barcelona, Catalunya, España.
3. Servei de Psiquiatria Infanto-Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona, Catalunya, España.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

Maria Sagué Vilavella
Servicio de Psiquiatria y Psicología. Escalera 9, planta 1. Calle de Villarroel, 170, 08036 Barcelona. Catalunya. España.
Correo electrónico: msague@clinic.cat

RESUMEN

Introducción: La hiperfrecuentación en los servicios de urgencias impacta en la calidad asistencial y el consumo de recursos. Los datos disponibles en relación al colectivo infanto-juvenil hiperfrecuentador en urgencias de psiquiatría son escasos, a pesar del aumento de visitas en los últimos años. **Objetivo:** Caracterizar la hiperfrecuentación infanto-juvenil de urgencias de psiquiatría de un hospital terciario durante el año 2017. **Métodos:** Estudio observacional retrospectivo, diseño caso-control. Se seleccionaron todos los usuarios menores de edad visitados en nuestras urgencias de psiquiatría y de nuestro sector durante el 2017. Se obtuvieron datos sociodemográficos y clínicos mediante explotación de datos asistenciales y revisión de historias clínicas. La hiperfrecuentación se estableció como ≥ 5 visitas/año. Se realizó un análisis descriptivo univariado y uno comparativo bivariado entre personas

*Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles:
¿Quiénes son los hiperfrecuentadores?*

*Psychiatric Emergencies in Children and
Adolescents: Who are the Frequent
Attendees?*

hiperfrecuentadoras y no hiperfrecuentadoras. **Resultados:** La muestra incluyó 550 personas menores de edad, siendo hiperfrecuentadoras un 3,8% (n=21). Las hiperfrecuentadoras fueron de nacionalidad extranjera en mayor proporción (28,6% vs 13,1%, $p=0,04$), sin otras diferencias significativas. Entre el colectivo hiperfrecuentador, el trastorno de conducta fue el diagnóstico principal más prevalente (33,3%), recibía tratamiento psicofarmacológico habitual el 100% (antipsicóticos un 95,2%) y existían factores de vulnerabilidad social en una elevada proporción (distocia sociofamiliar 61,8%, institucionalización 48%). **Conclusiones:** La hiperfrecuentación infanto-juvenil en urgencias de psiquiatría es una realidad. Se trata de una población socialmente vulnerable, altamente medicada y en la que destaca la problemática conductual. Este colectivo requiere de una atención compleja y multidisciplinar, donde los recursos de soporte social juegan un papel clave.

Palabras clave: Psiquiatría infantil, servicio de urgencias, determinantes sociales de la salud.

¹ Parte de este trabajo fue presentado en formato póster en la 14a Reunión anual de la Societat Catalana de Psiquiatria Infanto-Juvenil (Barcelona, Catalunya, España), el viernes 30 de noviembre de 2018. La investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

ABSTRACT

Introduction: Frequent attenders to the emergency department affect quality of care and imply resource overuse. Data regarding child and adolescent psychiatric frequent attendance to the emergency department is scarce, although their number of visits is growing.

Objective: To characterize child and adolescent frequent attenders in the psychiatric emergency department of Hospital Clínic de Barcelona during the year 2017. **Methods:** Retrospective observational study, case-control design. We selected all minors who attended our psychiatric emergency department in 2017 that belonged to our catchment area. We collected sociodemographic and clinical data through automatic extraction and manual review of electronic medical records. Frequent attendance was established as ≥ 5 visits/year. We performed a descriptive analysis of frequent attenders and a bivariate analysis comparing frequent attenders versus non-frequent attenders. **Results:** Our sample included 550 children and adolescents, of which 3.8% ($n=21$) were frequent attenders. There were significantly more foreigners among frequent attenders (28.6% vs 13.1%, $p=0.04$), without other differences between groups. Among frequent attenders, conduct disorders were the most prevalent main diagnoses (33.3%), all had at least one psychotropic medication prescribed (antipsychotics in 95.2%) and social vulnerability factors were present for most of them (family conflict in 61.8%, 48% living in residential care institutions). **Conclusions:** Child and adolescent frequent attendance to the psychiatric emergency department is a reality. They are a socially vulnerable and highly medicated subgroup, with a preponderance of conduct problems. They are in need of a comprehensive and multidisciplinary approach, where social services are a key feature.

Keywords: Child psychiatry, emergency service, social determinants of health.

INTRODUCCIÓN

La hiperfrecuentación en los servicios de urgencias tiene repercusiones notorias en cuanto a la sobrecarga asistencial, el consumo de recursos y la calidad de la

atención sanitaria (1-5). Está ampliamente descrito que la patología psiquiátrica resulta frecuente entre las personas hiperfrecuentadoras, tanto en los servicios de urgencias de medicina general como en la atención primaria, habiéndose cifrado la presencia de patología de salud mental en este colectivo por encima del 50% (1,2). Como es de esperar, la hiperfrecuentación es también una realidad en los servicios de urgencias de psiquiatría (7-12). De hecho, diversos estudios señalan que se trata de un fenómeno creciente, en relación a un aumento en los trastornos por consumo de sustancias y a problemática de tipología social, entre otros (3,5).

Sin embargo, la asistencia psiquiátrica urgente en la población infanto-juvenil ha sido poco investigada (5,10,12), siendo aún más escasos los datos centrados en la hiperfrecuentación de este colectivo (7). Todo ello, a pesar de que también se ha constatado un aumento en las consultas por motivos psiquiátricos de los menores de edad en los últimos años (7-10). En Estados Unidos, en el período 2011-2015, se describió un aumento del 28% en las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles, con un incremento máximo del 54% entre el subgrupo de adolescentes (11), así como una elevada proporción de segunda consulta entre estos usuarios (7,9). En España, la tendencia al alza también ha sido constatada repetidamente (9,10,13). En cuanto a la hiperfrecuentación, en nuestro medio, Porter et al. (9) detectaron un 32,9% de personas menores frecuentadoras -definidas como entre 2 y 4 visitas en dos años- y un 6,8% de hiperfrecuentadoras -más de 4 visitas en dos años- en población atendida por motivos de salud mental en urgencias de pediatría general. Fernández-Quintana et al. (10), también en el entorno de urgencias pediátricas, describieron que un 29% de las personas que requirieron atención psiquiátrica la necesitaron en dos ocasiones o más durante un seguimiento de siete años, siendo de cuatro veces o más en un 6,1% de este colectivo. Sin embargo, los dos estudios descritos no incluyeron un análisis específico del subgrupo de población hiperfrecuentadora.

En cuanto a los factores asociados a las visitas repetidas en urgencias por motivos psiquiátricos en este colectivo, existe una única revisión sistemática -que incluye fundamentalmente datos de América del Norte- que identifica el estatus socioeconómico,

la intervención de servicios de protección de menores y la vinculación presente o pasada a salud mental como los principales predictores (7). Según el conocimiento de los autores del presente estudio, en nuestro país no existen publicaciones que incluyan análisis específicos del subgrupo hiperfrecuentador infanto-juvenil de urgencias de psiquiatría, así como tampoco que analicen los factores asociados a dicha hiperfrecuentación.

Hipótesis

1. Entre la población infanto-juvenil atendida en urgencias de psiquiatría, habrá una proporción de usuarios hiperfrecuentadores de entre el 1 y el 5%.
2. Las características sociodemográficas y clínicas de la población infanto-juvenil hiperfrecuentadora difieren de las de la población infanto-juvenil no hiperfrecuentadora.
3. El diagnóstico principal más frecuente de la población infanto-juvenil hiperfrecuentadora de las urgencias de psiquiatría es del espectro de trastornos de conducta (CIE-10: F91).
4. Una proporción elevada de la población infanto-juvenil hiperfrecuentadora de las urgencias de psiquiatría presenta factores de vulnerabilidad social.

Objetivos

El objetivo principal de este estudio es caracterizar la población hiperfrecuentadora infanto-juvenil de las urgencias de psiquiatría del hospital Clínic de Barcelona el año 2017. Los objetivos específicos son:

1. Establecer la proporción de menores de edad que son hiperfrecuentadores.
2. Definir y comparar las características sociodemográficas y clínicas de la población infanto-juvenil hiperfrecuentadora y no hiperfrecuentadora.
3. Conocer el diagnóstico principal de la población infanto-juvenil hiperfrecuentadora.
4. Estudiar los indicadores de vulnerabilidad social de la población infanto-juvenil hiperfrecuentadora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio observacional retrospectivo, diseño caso-control. Emplazamiento: Servicio de urgencias de psiquiatría del Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona, España), centro terciario que proporciona atención psiquiátrica infanto-juvenil a una población de 1.550.000 habitantes, incluyendo el área metropolitana de Barcelona (Barcelona Esquerra y Dreta, Barcelona Litoral) y las áreas de Santa Coloma de Gramanet y Badalona.

Participantes: Todas las personas menores de 18 años que recibieron atención en urgencias de psiquiatría de nuestro centro en al menos una ocasión desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017. Criterios de exclusión: Pertenecer a un área de atención psiquiátrica infanto-juvenil (sector sanitario) diferente a la de nuestro hospital en el momento de la consulta, con el fin de evitar sesgos clasificatorios en cuanto al estatus de hiperfrecuentación.

Variables: Recolección de (a) datos sociodemográficos (edad, sexo, nacionalidad, residencia -domicilio familiar/centro tutelado-, estatus de menor extranjero no acompañado, maltrato infantil, seguimiento por los servicios de protección de menores, separación/divorcio parental) (b) datos clínicos (diagnóstico psiquiátrico principal y secundarios, comorbilidades médico-quirúrgicas, tratamiento psicofarmacológico habitual, horas en urgencias, destino al alta, ingresos psiquiátricos previos, motivo de consulta a urgencias y realización de contención mecánica en urgencias) y (c) número de visitas en nuestras urgencias a lo largo del año 2017. Los datos potencialmente no estáticos (por ejemplo: lugar de residencia, diagnósticos, tratamiento farmacológico) se recogieron de la última consulta en urgencias, en caso que hubiera más de una. La hiperfrecuentación se definió como cinco o más visitas anuales en nuestro servicio de urgencias de psiquiatría, en consonancia con la definición empleada por el Royal College of Emergency Medicine del Reino Unido (1).

Fuentes de datos: Obtención mediante explotación de datos asistenciales y revisión de historias clínicas electrónicas.

Métodos estadísticos: Descripción de la muestra mediante cifras absolutas, rangos, porcentajes y medianas y rango intercuartílico (RIC). Comparación bivariada mediante Chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher o prueba U de Mann-Whitney según correspondiera, usando contrastes bilaterales y significación estadística establecida en valores de $p < 0.05$. Empleo del programa estadístico SPSS versión 22.

Aspectos éticos: Aprobación del protocolo del proyecto por parte del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínic de Barcelona, con el código HCB/2020/0403. Realización según los principios de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Muestra total

En el año 2017, 550 personas menores de edad recibieron atención psiquiátrica urgente en nuestro centro. Tenían una mediana de 14,8 años (RIC 3,1), el 54,4% eran mujeres y tres cuartas partes eran de

nacionalidad española. El diagnóstico más frecuente en urgencias fue el trastorno de conducta (35,1%), la mediana de tiempo en el dispositivo fue de 3,04 horas (RIC 3,2) y requirieron ingreso psiquiátrico en sala de agudos un 22,5% [Tabla 1].

Personas hiperfrecuentadoras vs no hiperfrecuentadoras

Fueron hiperfrecuentadoras un total de 21 personas (3,8%) [Figura 1, Figura 2]. Estas generaron el 16,4% ($n=145$) del total de 883 visitas registradas, con un rango de 5 a 12 visitas y una mediana de 6,5 (RIC 2) [Figura 2]. Comparativamente, la nacionalidad extranjera fue más frecuente en el colectivo hiperfrecuentador (28,6% vs 13,1%; $p=0,04$), sin hallarse diferencias significativas en el resto de variables sociodemográficas estudiadas [Tabla 1]. Requirieron ingreso un 33,3%, valor mayor que el del colectivo no hiperfrecuentador, si bien la diferencia no alcanzó la significación estadística. En relación a los diagnósticos psiquiátricos, el trastorno de conducta fue el principal en los dos colectivos, tendiendo

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de las personas infanto-juveniles de sector, totales y según estatus de hiperfrecuentación, de urgencias de psiquiatría (Hospital Clínic de Barcelona, 2017).

	Total	UH (n=21)	UNH (n=529)	p-valor†
Edad (años) [m, (RIC)]	14,8 (3,1)	14,3 (2,1)	14,8 (3,1)	0,72
Sexo (femenino) [%, (n)]	54,4% (299)	52,3% (11)	54,4% (288)	0,85
Nacionalidad española [%, (n)]	75% (475)	71,4% (15)	86,9% (460)	0,04*
Horas en urgencias1 [m, (RIC)]	3 (3,2)	3,5 (19,0)	3 (3,0)	0,16
Ingreso	22,5% (124)	33,3% (7)	22,1% (117)	0,28
T. de conducta	35,1% (193)	52,4% (11)	34,4% (182)	0,09
T. de ansiedad	19,6% (108)	9,5% (2)	20% (106)	0,40
Autolisis	5,4% (30)	0% (0)	5,7% (30)	NA
T. depresivo	5,3% (29)	0% (0)	5,5% (29)	NA
T. de conducta alimentaria	4,7% (26)	0% (0)	4,9% (26)	NA
Esquizofrenia	3,3% (18)	9,5% (2)	3,1% (16)	0,18
T. bipolar	0,9% (5)	0% (0)	0,9% (5)	NA
Otros	25,6% (141)	28,7% (6)	24,5% (135)	0,80

NA: No aplicable. n: número. m: mediana. RIC: rango intercuartílico. T: trastorno. UH: usuarios hiperfrecuentadores. UNH: usuarios no hiperfrecuentadores.

†: Prueba de Chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher o prueba U de Mann-Whitney. Contraste bilateral con significación estadística en valor de $p < 0.05$.

1: Datos de la última consulta a urgencias del año 2017.

3: Agrupaciones diagnósticas a partir del diagnóstico principal del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los informes de alta.

12 a mayor prevalencia de trastorno de conducta ($p=0,09$). Destaca que no hubo ninguna persona hiperfrecuentadora con diagnóstico de trastorno afectivo o de conducta suicida, frente al 5,3% y 5,4% entre las no hiperfrecuentadoras, si bien la ausencia de datos no permitió el cálculo de su significación estadística.

Personas hiperfrecuentadoras

Referente a las variables clínicas y de atención en urgencias de las personas hiperfrecuentadoras [Tabla 2], la alteración conductual motivó el 71,4% ($n=15$) de las consultas, así como el 38,1% ($n=8$) requirieron traslado a urgencias mediante ambulancia.

Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de la muestra del estudio.

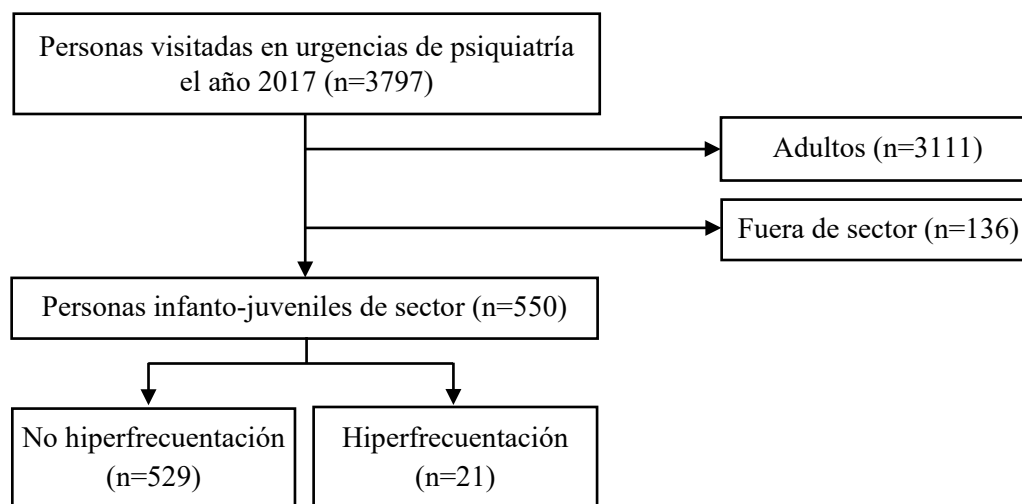
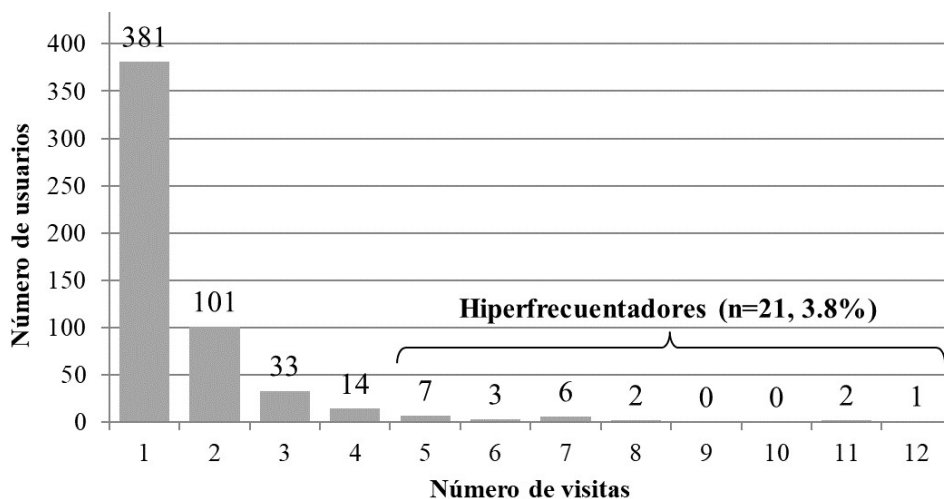


Figura 2. Distribución según número de visitas de las personas infanto-juveniles de sector que fueron atendidas en urgencias de psiquiatría ($n=550$, Hospital Clínic de Barcelona, 2017).



El diagnóstico psiquiátrico principal más frecuente fue el trastorno de conducta (33,3%, n=7), destacando comorbilidad con cociente intelectual límite o discapacidad intelectual en el 38,1% (n=8). El 85,7% (n=18) presentaba dos o más diagnósticos de salud mental. En cuanto al tratamiento psicofarmacológico habitual, un 100% (n=21) tenía medicación recetada, siendo 3 o más fármacos en un 23,8% (n=5). El

grupo psicofarmacológico más habitual fueron los antipsicóticos (95,2%; n=20), seguidos de los antidepresivos (38,1%; n=8). El 90,5% (n=19) presentaba al menos un ingreso psiquiátrico previo.

En cuanto a marcadores de vulnerabilidad psicosocial [tabla 2], un 61,9% (n=13) presentaban indicadores de distocia sociofamiliar: el 52,4% estaban en seguimiento por servicios sociales (n=11), de los

Tabla 2. Características clínicas, de la atención en urgencias y de vulnerabilidad psicosocial de las personas hiperfrecuentadoras infanto-juveniles de sector atendidas en urgencias de psiquiatría (n=21, Hospital Clínic de Barcelona, 2017).

		Frecuencia [% (n)]
Motivo de consulta¹	Alteración conductual	71,4% (15)
	Ansiedad	14,3% (3)
	No psiquiátrico ²	14,3% (3)
	Familiares	47,6% (10)
Traído por¹	Ambulancia	38,1% (8)
	Cuidadores/educadores	9,5% (2)
	Viene solo	4,8% (1)
Diagnósticos psiquiátricos		
<i>Principal³</i>	T. de conducta	33,3% (7)
	T. psicótico	19% (4)
	T. por déficit de atención e hiperactividad	14,3% (3)
	T. generalizado del desarrollo	14,3% (3)
	T. obsesivo-compulsivo	9,5% (2)
	T. de ansiedad	9,5% (2)
	<i>Secundarios³</i>	
	CI límite/discapacidad intelectual	38,1% (8)
	T. de conducta	14,3% (3)
	Rasgos desadaptativos de personalidad	9,5% (2)
	T. por déficit de atención e hiperactividad	9,5% (2)
	Otros	23,8% (5)
≥ 2 diagnósticos psiquiátricos (excluyendo TUS)		85,7% (18)
TUS: tabaco/alcohol		28,6% (6)
TUS: otros⁴		28,6% (6)
Tratamiento psicofarmacológico habitual¹		
<i>Prescripción</i>	Sí	100% (21)
	Tres fármacos o más	23,8% (5)
<i>Tipo</i>	Antipsicótico	95,2% (20)
	Antidepresivo	38,1% (8)
	Estabilizador del humor	28,6% (6)
	Psicoestimulante	9,5% (2)
	Benzodiacepina	9,5% (2)

Ingresos psiquiátricos previos ¹		90,5% (19)
Tóxicos en orina y etanolemia ¹	No realizado	95,2% (20)
	Realizado (negativo)	100% (1)
Contención mecánica ¹		4,8% (1)
Indicadores de vulnerabilidad psicosocial ⁵		61,9% (13)
Seguimiento por servicios sociales (todas las modalidades)		52,4% (11)
Residencia en centro tutelado		47,6% (10)
Separación/divorcio parental		33,3% (7)
Maltrato infantil		9,5% (2)
Menor extranjero no acompañado		4,8% (1)

CI: cociente intelectual, n: número absoluto; t: trastorno, TUS: trastorno por uso de sustancias.
1. Datos de la última consulta del año 2017.
2. Episodios de desconexión del medio (origen neurológico: epilepsia), cefalea, dolor abdominal.
3. Diagnósticos por extracción manual a partir de historia clínica. Priorización según trastorno mental grave y, en segundo lugar, según afectación de funcionalidad.
4. Cannabis (n=5), cocaína (n=1), anfetaminas (n=1), disolventes (n=1).
5. Indicadores no excluyentes entre sí.

cuales el 47,6% (n=10) residía en un centro tutelado, existía separación/divorcio parental en un tercio (n=7), constaba maltrato infantil en el 9,5% (n=2) y una de las personas (4,8%) tenía estatus de persona menor extranjera no acompañada.

DISCUSIÓN

Los niños y adolescentes que son hiperfrecuentadores en nuestras urgencias psiquiátricas representan una proporción baja: son uno de cada treinta. Sin embargo, generan un impacto asistencial notorio, suponiendo casi una de cada seis visitas, llegando uno de ellos a consultar hasta en 12 ocasiones en un año. Comparado con la población no hiperfrecuentadora, hay una proporción mayor de personas de nacionalidad extranjera. Se trata de un colectivo altamente medicado, con predominancia de problemática de tipo conductual, elevada comorbilidad con discapacidad intelectual, prácticamente todos con ingresos psiquiátricos previos, elevada presencia de indicadores de distocia sociofamiliar e institucionalización en casi la mitad de los casos.

La hiperfrecuentación sanitaria es un fenómeno complejo y de causalidad multifactorial. Por un lado, se ha visto que existen diferencias sociodemográficas entre las personas hiperfrecuentadoras y las que no lo

son(14-16). En esta línea, en nuestro trabajo se confirma una mayor proporción de población de nacionalidad extranjera entre el colectivo hiperfrecuentador. La inmigración se ha descrito repetidamente como un factor de riesgo para patología psiquiátrica infanto-juvenil, vehiculizada a través de los factores estresores del propio proceso migratorio, de la adaptación al nuevo emplazamiento y del proceso de aculturación (17-20). Por otro lado, en emplazamientos de atención no específicamente psiquiátrica -atención primaria, urgencias ambulatorias/hospitalarias generales-, destaca la elevada prevalencia de patología de salud mental entre la población hiperfrecuentadora (14,16), habiéndose hallado hasta un 65% de problemática psiquiátrica y un 15% de consumo perjudicial de alcohol entre estos individuos en un contexto de urgencias médicas hospitalarias (16). En cuanto a la población infanto-juvenil hiperfrecuentadora, los estudios existentes señalan un bajo porcentaje (<0.5%) de motivos psiquiátricos entre las visitas pediátricas urgentes (9,13,21) -en contraste con los hallazgos en adultos mencionados en líneas previas-, si bien detectan una tendencia al alza de las visitas por estos motivos (7-10). Cabe señalar estos los datos emanan del modelo más habitual de atención psiquiátrica infanto-juvenil en nuestro y diversos países, donde los pacientes son valorados inicialmente por profesionales de pediatría -y, si acaso, el servicio

de psiquiatría funciona como interconsultor- (6); en cambio, en nuestro centro existe acceso directo a la atención de salud mental, sin valoración pediátrica previa. Esto probablemente aumenta el volumen de pacientes infanto-juveniles valorados por nosotros a lo largo de un año, entre otros motivos por la ausencia de cribado pediátrico previo, la derivación de pacientes desde otros centros y un probable “efecto llamada” de pacientes con problemática de salud mental. De hecho, por todo ello -y por definiciones diferentes en cuanto al concepto de hiperfrecuentación-, no podemos realizar una comparación directa de nuestra proporción de hiperfrecuentadores con la hallada en estudios previos en nuestro medio (9,10).

A nivel clínico, destaca la elevada presencia de trastornos de conducta y la nula representación de trastornos afectivos entre las personas hiperfrecuentadoras. En este sentido, podemos hipotetizar una relación con una mayor dificultad de contención de los trastornos externalizantes comparado con los internalizantes, requiriendo los primeros de mayor abordaje urgente. Enlazando con ello, destaca que prácticamente todas las personas hiperfrecuentadoras han sido ingresadas previamente en psiquiatría en al menos una ocasión, no pudiéndose descartar que las sucesivas consultas a urgencias se relacionen con la concesión precoz del alta hospitalaria y/o el déficit de recursos de continuación terapéutica/reinserción posterior. De hecho, C. González et al. (22) evidenciaron recientemente diferencias notorias entre comunidades autónomas en España en relación a oferta y estructura de recursos asistenciales para la población infanto-juvenil, hasta el punto de que sólo algunas comunidades tienen consolidados los dispositivos asistenciales específicos para la población infanto-juvenil, mientras que en diversas otras, la cobertura es compartida con los pacientes adultos y sus profesionales o se proporciona a través de unidades de pediatría no especializadas.

Otro elemento relevante que emana de este trabajo es el tratamiento psicofarmacológico habitual de los niños y adolescentes hiperfrecuentadores: llama la atención tanto cuantitativamente -todos ellos medicados- como cualitativamente -prácticamente la totalidad con terapéutica antipsicótica, contrastando con el trastorno conductual como diagnóstico

más frecuente y el trastorno psicótico en menos de uno de cada cinco menores-. Es conocido que los antipsicóticos se usan frecuentemente *off-label* en todos los grupos de edad; en población infanto-juvenil, este uso se ha cifrado entre el 36-93%, siendo los diagnósticos más prevalentes el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos de conducta (23-26). En cuanto a datos en España, cabe destacar un estudio (25) que evaluó población atendida en consultas externas de psiquiatría infanto-juvenil de cuatro centros hospitalarios de nuestro territorio, detectando hasta un 93% de tratamiento antipsicótico *off-label*. Los expertos señalan, por un lado, precaución por la seguridad de dicho empleo, a la vez que indican su probable uso clínico apropiado para el manejo de trastornos complejos y, a menudo, devastadores (27). Este supuesto sería la situación probable de una parte de nuestro colectivo de niños y adolescentes hiperfrecuentadores, que constituyen por definición un grupo de manejo complicado; podemos esperar, paralelamente, unas tasas mayores de fracaso de los tratamientos aprobados en ellos, que podría explicar también el alto empleo de fármacos fuera de ficha técnica.

Por otro lado, en concordancia con nuestros hallazgos -y con los datos expuestos previamente en relación a la población adulta-, estudios previos señalan que la vulnerabilidad psicosocial es preponderante entre los hiperfrecuentadores infanto-juveniles por motivos psiquiátricos (7), así como que dicha vulnerabilidad es un factor de riesgo para la patología de salud mental (28-32). León et al. (7) describieron el estatus socioeconómico y la involucración de los servicios de protección de menores como factores de riesgo para la repetición de visitas psiquiátricas a urgencias, en concordancia con nuestros datos, donde prácticamente la mitad de los pacientes hiperfrecuentadores residían en centros de acogida. En esta línea, Poletto et al. (33) estudiaron el efecto de la institucionalización en menores de edad, detectando un mayor afecto negativo comparado con niños y adolescentes que vivían en el domicilio familiar; así, sugerían la necesidad de intervenciones específicas para potenciar el bienestar y calidad de vida de esta población, para favorecer su crecimiento hacia adultos emocionalmente sanos.

16 Asimismo, un tercio de nuestros usuarios hiperfrecuentadores presentaba ruptura de la estructura familiar (separación/divorcio de los progenitores). Este factor se ha visto asociado a un peor desarrollo socioemocional, conllevando mayor prevalencia de problemas de salud mental, sobre todo en relación a trastornos conductuales (34-37). Sin embargo, el porcentaje de divorcios hallado no dista del de la población general con hijos a cargo -que se sitúa alrededor del 30% (38), probablemente no siendo pues éste un factor clave en relación a la hiperfrecuentación.

La limitación principal de nuestro trabajo se deriva de la restricción en la información disponible. Por un lado, por la naturaleza retrospectiva del estudio, con los sesgos diagnósticos inherentes, así como la ausencia de recogida del estatus socioeconómico o la práctica inexistencia de pruebas de sustancias de abuso en orina. Por el otro, por la imposibilidad de extracción automática de muchos de los datos, que ha restringido su recolección manual sólo al colectivo hiperfrecuentador. Otra limitación deriva de la dicotomización (presente/ausente) del fenómeno de hiperfrecuentación, cuando se trata en realidad un fenómeno gradual. Finalmente, puede haberse dado una clasificación errónea diferencial en el grupo no hiperfrecuentador, considerando no hiperfrecuentadoras personas que sí lo eran, por la no contabilización de atenciones psiquiátricas urgentes en otros centros.

En cuanto a las fortalezas del trabajo, se trata de una muestra clínica amplia y con una probable buena representatividad de la población infanto-juvenil del contexto español, dados los escasos criterios de exclusión -exclusivamente no pertenecer a nuestro sector sanitario, para evitar sesgos clasificatorios-, y el segmento grande de población que abarca nuestro centro en cuanto a atención psiquiátrica infanto-juvenil. Asimismo, optamos por una definición exigente de hiperfrecuentación comparado con otros estudios (9), apostando por la especificidad para una descripción más fidedigna de la población hiperfrecuentadora.

CONCLUSIONES

La hiperfrecuentación infanto-juvenil en los servicios de urgencias psiquiátricas es una realidad de dimensiones no menospreciables, que podemos considerar que traduce una disfunción del sistema sanitario y social en términos amplios. Se trata de una población socialmente vulnerable, altamente medicada y en la que destaca la problemática conductual. Este escenario implica que el colectivo hiperfrecuentador infanto-juvenil requiere de un abordaje complejo y multidisciplinar, donde las intervenciones de tipo sanitario/psiquiátrico constituyen sólo una parte de la estrategia terapéutica. Se pone de manifiesto, de manera clara, que los recursos de soporte social juegan un papel clave para la promoción de la salud mental y emocional de este colectivo.

CONFLICTO DE INTERESES

Maria Sagué-Vilavella ha recibido soporte económico para fines formativos de Janssen-Cilag y Lundbeck, sin relación con el contenido del presente artículo. Gerard Anmella ha recibido soporte económico para fines formativos o honorarios de consultoría de Janssen-Cilag, Lundbeck y Angelini, sin relación con el contenido del presente artículo. Maria Teresa Pons Cabrera ha recibido soporte económico para fines formativos de Janssen-Cilag y Lundbeck, sin relación con el contenido del presente artículo. Santiago Madero Gómez ha recibido soporte económico para fines formativos de Janssen-Cilag y Lundbeck, sin relación con el contenido del presente artículo. El resto de autores niegan conflictos de interés en relación al presente estudio.

AGRADECIMIENTOS

Gerard Anmella agradece la financiación que recibe a través de la beca Pons Bartran 2020 (Nº 249566).

REFERENCIAS

1. Hayhurst C, Smith S, Chambers D. Frequent attenders in the Emergency Department. Best Practice Guideline. Londres: The Royal College of Emergency Medicine; 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2Hyk241>
2. Calvo Rojas V. Hiperfrecuentadores versus Normofrecuentadores en Atención Primaria de Salud: Factores Sociales asociados, Estilos de Personalidad y Psicopatología [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2016. Disponible en: <https://bit.ly/36dTM9x>
3. LaCalle E, Rabin E. Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med*. 2010;56:42–48. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.01.032>
4. Schmidt M. Frequent visitors at the psychiatric emergency room – A literature review. *Psychiatr Q*. 2018; 89(1):11–32. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9509-8>
5. Pasic J, Russo J, Roy-Byrne P. High utilizers of psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*. 2005; 56(6): 678–684. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.678>
6. Rozel JS. Child and Adolescent Emergency Psychiatry: A Review of Recent Developments. *Curr Emerg Hosp Med Rep*. 2015;3:202–208. <https://doi.org/10.1007/s40138-015-0086-6>
7. Leon SL, Cloutier P, Polihronis C, Zemek R, Newton AS, Gray C, et al. Child and Adolescent Mental Health Repeat Visits to the Emergency Department: A Systematic Review. *Hosp Pediatr*. 2017;7(3):177–186. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0120>
8. Mapelli E, Black T, Doan Q. Trends in pediatric emergency department utilization for mental health related visits. *JPediatr*. 2015;167(4):905–910. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.07.004>
9. Porter M, Gracia R, Oliva JC, Pàmias M, Garcia-Parés G, Cobo J. Urgencias Psiquiátricas en Pediatría: características, estabilidad diagnóstica y diferencias de género. *Actas Esp Psiquiatr* 2016;44(6):203–211. <https://doi.org/10.3109/14767058.2016.1149566>
10. Fernández-Quintana A, Novo-Ponte A, Quiroga-Fernández C, Méndez-Iglesias R, Pereiro-Gómez C. Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: 7 años de seguimiento. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 2018;35(1):17–30. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n1a2>
11. Kalb LG, Stapp EK, Ballard ED, Holingue C, Keefer A, Riley A. Trends in Psychiatric Emergency Department Visits Among Youth and Young Adults in the US. *Pediatrics*. 2019;143(4):e20182192. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2192>
12. Taastrom A, Klahn J, Staal N, Thomsen PH, Johansen A. Children and adolescents in the Psychiatric Emergency Department: A 10-year survey in Copenhagen County. *Nord J Psychiatry*. 2014;68:385–390. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.846410>
13. Crespo D, Solana MJ, Marañón R, Gutiérrez C, Crespo M, Míguez C, et al. Pacientes psiquiátricos en el servicio de urgencias de pediatría de un hospital terciario: revisión de un periodo de 6 meses. *An Pediatr(Barc)*. 2006; 64: 536–541. <https://doi.org/10.1157/13089918>
14. Smits FT, Brouwer HJ, ter Riet G, van Weert HC. Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health*. 2009;9:36. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-36>
15. Dent A, Hunter G, Webster AP. The impact of frequent attenders on a UK emergency department. *Eur J Emerg Med*. 2010; 17(6): 332–336. <https://doi.org/10.1097/mej.0b013e328335623d>
16. Jacob R, Hayhurst C, Morrison C. Designing services for frequent attenders to the emergency department: a characterisation of this population to inform service design. *J R Coll Physicians Edinb*. 2016; 16(4):325–329. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.16-4-325>
17. Cleary SD, Snead R, Dietz-Chavez D, Rivra I, Edberg MC. Immigrant Trauma and Mental Health Outcomes Among Latino Youth. *J Immigr Minor Health*. 2018; 20(5): 1053–1059. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0673-6>

18. Blázquez A, Castro-Fornieles J, Baeza I, Morer A, Martínez E, Lázaro L. Differences in Psychopathology Between Immigrant and Native Adolescents Admitted to a Psychiatric Inpatient Unit. *J Immigr Minor Health*. 2015;17(6):1715–1722. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0143-3>
19. Arranz S, Camacho J, Andrés C, Niubó I, Sanchez Gistau V. Diferencias en la presentación clínica de primeros episodios psicóticos entre población de origen marroquí y población autóctona. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020;13(2):73–79. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.004>
20. Revollo HW, Qureshi A, Collazos F, et al. Acculturative stress as a risk factor of depression and anxiety in the Latin American immigrant population. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23(1):84–92
21. Stills MR, Bland SD. Summary Statistics for Pediatric Psychiatric Visits to US Emergency Departments, 1993–1999. *Pediatrics*. 2002;110:e40. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.545988>
22. González López C, Barrera Escudero M, Cano Montes IM, Díaz Pérez I. Análisis de las diferencias en la atención a la salud mental del niño y adolescente en España a través de los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2019; 36(1):20–30. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v36n1a2>
23. Carton L, Cottencin O, Lapeyre-Mestre M, Geoffroy PA, Favre J, Simon N, et al. Off-Label Prescribing of Antipsychotics in Adults, Children and Elderly Individuals: A Systematic Review of Recent Prescription Trends. *Curr Pharm Des*. 2015;21(23):3280–3297. <https://doi.org/10.2174/138161282166615061909290>
24. Alessi-Severini S, Biscontri RG, Collins DM, Sareen J, Enns MW. Ten years of antipsychotic prescribing to children: a Canadian population-based study. *Can J Psychiatry*. 2012;57:52–58. <https://doi.org/10.1177/070674371205700109>
25. Baeza I, de la Serna E, Calvo-Escalona R, Morer A, Merchán-Naranjo J, Tapia C, et al. Antipsychotic use in children and adolescents: a 1-year follow-up study. *J Clin Psychopharmacol*. 2014;34(5):613–619. <https://doi.org/10.1097/jcp.0000000000000190>
26. Correll CU, Gerhard T, Olfson M. Prescribing of psychotropic medications to children and adolescents: quo vadis? *World Psychiatry*. 2012;12: 127–128. <https://doi.org/10.1002/wps.20031>
27. Sharma AN, Arango C, Coghill D, Gringras P, Nutt DJ, Pratt P, et al. BAP Position Statement: Off-label prescribing of psychotropic medication to children and adolescents. *J Psychopharm*. 2016; 30(5):416–421. <https://doi.org/10.1177/0269881116636107>
28. Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR, Barth RP, Kolko DJ, Campbell Y, et al. Mental health needs and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(8):960–970. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000127590.95585.65>
29. Yoder KA, Longley SL, Whitbeck LB, Hoyt DR. A dimensional model of psychopathology among homeless adolescents: suicidality, internalizing, and externalizing disorders. *J Abnorm Child Psychol*. 2008;36(1):95–104. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9163-y>
30. Da Silva TF, Cunha PJ, Scivoletto S. Braz. High Rates of Psychiatric Disorders in a Sample of Brazilian Children and Adolescents Living Under Social Vulnerability--Urgent Public Policies Implications. *J Psychiatry*. 2010;32(2):195–196. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462010000200018>
31. Yoshikawa H, Aber JL, Beardslee WR. The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: Implications for prevention. *Am Psychol*. 2012; 67(4): 272–284. <https://doi.org/10.1037/a0028015>
32. Lázaro L. Salud mental, psicopatología y poblaciones vulnerables. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2020;37(2): 3–5. <https://doi.org/10.31766/revpsijv37n2a1>
33. Poletto M, Koller SH. Subjective well-being in socially vulnerable children and adolescents. *Psicol Reflex Crit*. 2012;24(3): 476–484. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722011000300008>
34. Lee D, McLanahan S. Family Structure Transitions and Child Development: Instability, Selection, and Population Heterogeneity. *Am Sociol Rev*. 2015; 80(4): 738–763.

35. Waldfogel J, Craigie TA, Brooks-Gunn J. Fragile Families and Child Wellbeing. *Future Child*. 2010;20(2):87–112.
<https://doi.org/10.1177/0003122415592129>
36. Cavanagh S, Huston A. Family Instability and Children's Early Problem Behavior. *Social Forces*. 2006;85(1):575–605.
<https://doi.org/10.1353/sof.2006.0120>
37. McLaughlin KA, Gadernann AM, Hwang I, Sampson NA, Al-Hamzawi A, Andrade LH, et al. Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2012; 200(4):290–299. <https://doi.org/10.1353/sof.2006.0120>
38. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Nulidades, Separaciones y Divorcios (ENSD). Año 2018. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2019. Disponible en: <https://bit.ly/3n1AQAH>

E. Albaladejo Gutiérrez^{1*} 
E. Pérez Valiente²
J.C. Espín Jaime³

1. Médico Especialista en Psiquiatría. CSM-IJ Carabanchel-Usera. AGCPSM del Hospital 12 de Octubre de Madrid. España.
2. Trabajadora Social. CSM-IJ Carabanchel-Usera. AGCPSM del Hospital 12 de Octubre de Madrid, España.
3. Médico Especialista en Psiquiatría. Coordinador de la USM-IJ del AGCPSM del Hospital 12 de Octubre de Madrid, España.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

E. Albaladejo Gutiérrez
Correo electrónico: eloyfrancisco.albaladejo@salud.madrid.org

*Elaboración de un modelo de
herramienta de gestión (Ficha de
Transición) para pacientes en transición
desde los Servicios de Salud Mental del
Niño y el Adolescente hacia la Salud
Mental de Adultos*

*Development of a Management Tool
Model (Transition Card) for Patients in
Transition from the Child and
Adolescent Mental Health Services to
Adult Mental Health*

RESUMEN

Introducción: En los últimos años ha crecido la preocupación y el interés, tanto en profesionales como en usuarios de los servicios de salud mental, por el proceso de transición que experimentan los pacientes desde las Unidades de Salud Mental del Niño y el Adolescente (USM-NA) a los servicios de Salud Mental de Adultos (CSM). Como resultado de ello, desde principios de siglo han surgido en distintos países numerosos estudios y proyectos para analizar esta situación y poder diseñar un modelo de mejores prácticas para la transición que asegure la continuidad de la atención y el trabajo realizado, aportando la mayor estabilidad posible a nuestros pacientes. **Objetivo:** Siguiendo con esta línea de actuación, el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020 en su Línea estratégica 2 (Atención a la salud mental en niños y adolescentes) se plantea como objetivo la *Implantación de Programas*

de Transición de los Servicios de Salud mental de Niños y Adolescentes a los de Adultos. Se siguieron las recomendaciones del Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020 en su Línea estratégica 2 y se realizaron reuniones de trabajo por un grupo de profesionales sensibilizados e implicados de forma voluntaria en la mejora de la atención a los pacientes en transición. **Resultados:** Se presenta la Ficha de Transición que hemos diseñado como herramienta base del programa de transición en nuestra área de atención, siendo el resultado del trabajo multidisciplinar (trabajo social, enfermería, psicología y psiquiatría) de los profesionales, tanto de los CSM como de la USM-NA, que conforman el *Grupo para la Transición del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM) del Hospital 12 de Octubre*.

Palabras clave: Transición, psiquiatría, salud mental del niño y el adolescente.

ABSTRACT

Introduction: During the last years there has been growing concern and interest, in both professionals and users of the mental health services, for the transition process experienced by patients from Child and Adolescent Mental Health (CAMHS) to Adult Mental Health Services (AMHS). As a result, since the beginning of the century, numerous studies and projects have emerged in different countries to analyze this situation and to enable the design of a best-practice model for the transition that ensures the continuity of the attention and the accomplished work, providing the greatest possible stability to our patients. **Objective:** Following this line of action, the Strategic Plan for Mental Health of the Community of Madrid 2018-2020 in its Strategic Line 2 (Mental health care in children and adolescents) sets the objective of the *Implementation of Services Transition Programs of Mental Health of Children and Adolescents to those of Adults*. **Results:** We present the Transition Card that we have designed, base tool of the transition program in our attention area, as a result of the multidisciplinary work (social work, nursing, psychology and psychiatry) of the professionals, both of the AMHS and the CAMHS, who make up the Group for the Transition of the Area of Clinical Management of Psychiatry and Mental Health (AGCPSM) of Hospital 12 de Octubre.

Keywords: Transition, psychiatry, child and adolescent mental health.

INTRODUCCIÓN

La transición de los pacientes de salud mental infanto-juvenil a los servicios de salud mental de adultos es algo más que el paso a un servicio de adultos, es “una forma de habilitar y apoyar a una persona joven a avanzar hacia una nueva etapa de la vida”(1). Es un proceso multidimensional, multidisciplinario y prolongado que continúa en los servicios de atención a adultos, marcado por las responsabilidades conjuntas en el trabajo de equipo. Por lo tanto, debe ser “coordinado, planificado, eficiente y sin problemas” (2).

Como un proceso dinámico con un comienzo, un desarrollo y un final, la transición óptima a la atención médica para adultos debería apoyar a cada joven en alcanzar su máximo potencial (3).

Este proceso, más o menos burocratizado, coincide con una etapa de cambio en la vida de nuestros pacientes. Es un periodo adaptativo, con crisis y avances, tanto en el adolescente como en su familia, donde se termina de estructurar la personalidad y los futuros patrones de interacción social, donde se mezclan sentimientos de pérdida de los referentes, de abandono, injusticia e incomprensión, caminando sin red entre la omnipotencia y el miedo. Todo esto hace que sea una etapa de alta vulnerabilidad, elevándose el riesgo de desestabilización psicopatológica, de reactivación de traumas previos, la posibilidad de ruptura de los procesos terapéuticos o el inicio del consumo tóxico.

Pero la adolescencia es una etapa variable de desarrollo, más que un periodo de tiempo definido estrictamente por edad. Este hecho ha propiciado que cambie la concepción en la atención a este grupo poblacional, proponiendo desde diversos autores e instituciones modificaciones en los grupos etarios de atención. The Royal College of Paediatrics and Child Health propuso en 2003 una franja de atención comprendida entre los 10 y los 20 años (4). Davis define un *Grupo de transición* entre los 16 y 25 años (5) la división propuesta por Patel et al es en dos grupos: niños menores de 12 años y jóvenes de entre 12-24 años (6).

Tal y como se muestra en los distintos estudios epidemiológicos realizados, este periodo es de gran importancia en la aparición y desarrollo de muchos procesos psicopatológicos. Los datos recogidos en el Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente sobre la situación de la salud mental informan que la patología mental aparece antes de los 14 años en torno al 50% de los casos, y en más del 70% ya se expresa antes de los 18 (7). Hasta una quinta parte de los niños a nivel mundial presenta trastornos mentales y se estima que el 20% de los adolescentes menores de 18 años sufre algún problema emocional o conductual llegando a cumplir criterios de trastorno mental en uno de cada ocho casos (7). El suicidio

representa la tercera causa de muerte entre los jóvenes y la esquizofrenia, la depresión y el abuso de alcohol entre otros trastornos neuropsiquiátricos constituyen la principal causa de discapacidad en este grupo poblacional a nivel mundial (7).

Buscando un modelo de mejores prácticas en la atención mental del niño y adolescente surge en Reino Unido el estudio TRACK (Transitions of Care from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services) con el objetivo de identificar los factores de organización que faciliten o impidan una adecuada transición entre los servicios de salud mental para niños y adolescentes y los servicios de salud mental para adultos, así como para formular recomendaciones sobre la organización y la prestación de servicios que promuevan una buena continuidad de la atención (8,9).

Paralelamente en otros países se han realizado estudios similares. En los Estados Unidos, un estudio sobre la disposición de transición a adultos dentro de 41 estados encontró que una cuarta parte de los servicios de salud mental del niño y la mitad de los servicios para adultos no ofrecían apoyo a la transición (10). En un estudio australiano se encontró que muchos jóvenes referidos por los servicios de atención mental a la población infanto-juvenil no fueron aceptados por los servicios de adultos, a pesar de tener necesidades de salud mental substanciales y un constatado deterioro funcional (11).

En enero de 2014 se crea en la Unión Europea el Proyecto Milestone para mejorar la gestión de la relación entre servicios de salud mental de niños y adolescentes y los de adultos, así como fortalecer el proceso de transición. Fijándose como objetivos: evaluar una intervención innovadora de atención a la transición, desarrollar un modelo de mejores prácticas sostenible y estandarizado, y poder establecer directrices (guías de actuación) sobre la transición (12, 13, 14, 15).

Actualmente en la Comunidad de Madrid se está llevando a cabo el Proyecto Crecer. En él participa la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y siete hospitales de la Comunidad de Madrid. El objetivo es estudiar el proceso de transición de los pacientes atendidos en las Unidades de Psiquiatría y Salud Mental del Niño y el Adolescente a las

Unidades de Adultos. Analizando la calidad del proceso de transición en la Comunidad de Madrid, e identificando los elementos clave para poder así diseñar un mejor protocolo de atención durante la transición (16). En la primera fase de dicho estudio, se incluía un análisis del proceso de transición en los distintos centros participantes. De los resultados obtenidos durante julio y agosto de 2017 en el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital 12 de Octubre (AGCPSM) se concluye que el proceso de transición desde la Unidades de Salud Mental del Niño y el Adolescente (USM-NA) hacia los Centros de Salud Mental de adultos (CSM) es deficitario. El porcentaje de usuarios de la USM-NA, que llegados a la mayoría de edad pasaron al CSM, fue en torno al 30%, y su continuidad asistencial posterior en los servicios de adultos no llegó al 20%. Igualmente se objetivó que la información traspasada entre las unidades es escasa. Y la valoración subjetiva de pacientes y familiares del proceso de transición no fue positiva.

Sensibilizados por los pobres resultados obtenidos en la valoración del proceso de transición en nuestra área, en consonancia con los estudios y trabajos realizados en otros países, y siguiendo las directrices del Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, se constituye inicialmente un grupo de trabajo que cristaliza en la creación de un equipo multidisciplinar. Este equipo se ha denominado Grupo para la Transición del AGCPSM del Hospital 12 de Octubre, fijándose unos objetivos para la mejora y sistematización del proceso de transición en nuestra área de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Siguiendo las recomendaciones publicadas en el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020 en su Línea estratégica 2 (Atención a la salud mental en niños y adolescentes) donde se plantea como objetivo la Implantación de Programas de Transición de los Servicios de Salud mental de Niños y Adolescentes a los de Adultos, hemos desarrollado diversas medidas de actuación en nuestro Servicio que pasamos a describir.

Inicialmente se llevaron a cabo reuniones de trabajo por un grupo de profesionales sensibilizados e implicados de forma voluntaria en la mejora de la atención a los pacientes en transición. Fueron convocados con una periodicidad mensual con el objetivo de analizar la situación del proceso de transición en nuestra área y definir los objetivos generales de trabajo para su mejora (aumentar el volumen de pacientes que realizan la transición adecuadamente, así como su nivel de satisfacción).

Como resultado de ello se acordó la constitución del Grupo para la Transición del AGCPSM del Hospital 12 de Octubre, formado por un equipo multidisciplinar de profesionales tanto de la salud mental del niño y el adolescente como de adultos, seleccionando un profesional de cada disciplina por cada centro/unidad. Los equipos de trabajo en cada CSM están constituidos por un profesional de trabajo social, enfermería, psicología y psiquiatría, siendo los profesionales del trabajo social y/o enfermería los coordinadores de la transición en cada centro.

Una vez constituido el Grupo para la Transición, se establecen los siguientes objetivos específicos de trabajo:

1. El diseño, desarrollo e implantación de un modelo para la transición en nuestra área. En este punto se incluye la elaboración de una Ficha de Transición como herramienta facilitadora del proceso (objetivo para 2018, concluido).
2. Seguimiento del proceso de Transición en nuestra área. Recogida y análisis estadístico de los pacientes en transición (objetivo 2019, en proceso).
3. Elaboración de una Guía de Transición desde las USM-NA a los CSM (objetivo 2020, pendiente).

El grupo de trabajo mantiene reuniones con una periodicidad trimestral mientras que las coordinadoras de la transición de cada centro revisan los procesos realizados mensualmente.

RESULTADOS

Se adjunta la Ficha de Transición, propuesta como herramienta de trabajo para la mejora del proceso de transición en nuestra área (ver Anexos).

En dicha ficha se recogen inicialmente una serie de datos de identificación para facilitar el trámite administrativo, la gestión de una cita en CSM correspondiente, así como los profesionales referentes para facilitar la coordinación. A continuación, se desarrollan datos clínicos, incluyendo los antecedentes personales y familiares, la historia de seguimiento del paciente, diagnóstico, tratamientos previos, recursos utilizados y justificación de la derivación. La ficha también incluye la posibilidad de aportar información familiar, de salud general, social, legal y educativa/laboral. Finalmente se recoge información sobre la calidad del proceso y se facilita la posibilidad de plantear objetivos en la derivación, así como la prioridad de la misma.

Este documento, una vez que ha comenzado su uso, está sujeto a modificaciones por el análisis continuo que realiza el grupo de trabajo sobre su funcionalidad, en base a las aportaciones prácticas que realicen los profesionales del AGCPSM del Hospital 12 de Octubre.

DISCUSIÓN

La Ficha de Transición presentada es el primer paso para implantar un modelo más eficaz de gestión para la transición de nuestros pacientes desde los Servicios de Salud Mental del Niño y el Adolescente hacia los Servicios de Salud Mental de Adultos, resultado del trabajo multidisciplinar realizado por el Grupo para la Transición del AGCPSM del Hospital 12 de Octubre de Madrid, cumpliendo así con el primer objetivo propuesto por dicho grupo de trabajo. No se han encontrado en la bibliografía documentos similares, sí el diseño de guías de actuación como el Proyecto Milestone previamente mencionado (14).

La transición de los pacientes desde los servicios de Salud Mental del Niño y el Adolescentes a los servicios de Salud Mental de Adultos es un proceso complejo que ha sido descuidado históricamente (17). Esto ha conllevado un deterioro en la correcta atención y adecuado seguimiento de nuestros pacientes (18, 19).

Por este motivo se ha puesto mayor énfasis en el estudio de las dificultades para una correcta transición

24

(20) y la detección de facilitadores que guíen a los usuarios en este camino (21).

Dentro de este conjunto de acciones, enmarcado en nuestra área sanitaria, se ha creado un grupo de trabajo para la transición. Estableciendo una serie de objetivos a desarrollar en un trabajo conjunto. Fruto de este trabajo y como objetivo inicial, hemos diseñado una herramienta que vehicule el proceso de transición en nuestra área, una Ficha de Transición, que se presenta en el presente artículo.

Una vez cumplido el primer objetivo, se va a iniciar el análisis de los pacientes que hayan realizado la transición con el uso de dicha herramienta para así poderlo comparar con el análisis previo que disponemos de la situación de la transición en nuestra área.

Como futuros objetivos, se ha planteado el diseño y difusión entre los profesionales del área de una Guía para la Transición que informe y guíe tanto a los profesionales como a los usuarios en la continuidad del proceso asistencial.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no presentan conflictos de interés respecto al presente artículo.

REFERENCIAS

1. Beresford B. On the road to nowhere? Young disabled people and transition. *Child Care Health Dev.* 2004;30(6):581–587. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2004.00469.x>
2. Conway SP. Transition from pediatric to adult-orientated care for adolescents with cystic fibrosis. *Disabil Rehabil.* 1998;20(6-7):209–216. <https://doi.org/10.3109/09638289809166731>
3. Rosen DS. Transition of young people with respiratory diseases to adult health care. *Paediatr Respir Rev.* 2004;5(2):124–131. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2004.01.008>
4. Royal College of Paediatrics and Child Health. Bridging the gaps. Health care for adolescents. [Internet]. Rcpch.adlibhosting.com. 2003 [cited 12 February 2020]. Available from: <https://bit.ly/2FYkbbx0>
5. Davis M. Addressing the needs of youth in transition to adulthood. *Adm Policy Ment Health.* 2003;30(6):495–509. <https://doi.org/10.1023/a:1025027117827>
6. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet.* 2007;369(9569):1302–1313. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
7. Fundación Alicia Koplowitz. Libro blanco de la psiquiatría del niño y el adolescente. 2014. Delimitación del campo de conocimiento. [online], pp.17–19. Available at: <<https://bit.ly/2RRKpnx>> [Accessed 30 June 2020].
8. Singh SP, Paul M, Islam Z, et al. Transition from CAMHS to adult mental health services (TRACK): a study of service organisation, policies, process and user and carer perspectives. [Internet]. 2010. Report for the national institute for health research service delivery and organisation programme (SDO Project 08/1613/117). Available from: <https://bit.ly/3crvLg5>
9. Singh SP, Paul M, Ford T, et al. Transitions of care from child and adolescent mental health services to adult mental health services (TRACK study): a study of protocols in Greater London. *BMC Health Serv Res.* 2008;8(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-135>
10. Davis M, Geller JL, Hunt B. Psychiatr Serv. Within-state availability of transition-to-adulthood services for youths with serious mental health conditions. *Psychiatr Serv.* 2006;57(11):1594–1599. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.11.1594>
11. Yung A, Nelson B, Stanford C, Simmons M, Cosgrave E, Killackey E et al. Validation of “prodromal” criteria to detect individuals at ultra high risk of psychosis: 2 years follow-up. *Schizophrenia Research.* 2008;105(1-3):10–17. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.07.012>
12. Tuomainen H, Schulze U, Warwick J, et al. Managing the link and strengthening transition from child to adult mental health Care in Europe (MILESTONE): background, rationale and methodology [published correction appears in *BMC Psychiatry.* 2018 Sep 14;18(1):295]. *BMC*

- Psychiatry. 2018;18(1):167.
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1758-z>
13. Singh SP, Tuomainen H, MILESTONE Consortium Girolamo Gde, et al. Protocol for a cohort study of adolescent mental health service users with a nested cluster randomised controlled trial to assess the clinical and cost-effectiveness of managed transition in improving transitions from child to adult mental health services (the MILESTONE study). *BMJ Open* 2017;7(10):e016055.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016055>
14. Santosh P, Adams L, Fiori F, et al. Protocol for the development and validation procedure of the managing the link and strengthening transition from child to adult mental health care (MILESTONE) suite of measures. *BMC Pediatr*. 2020;20(1):167.
<https://doi.org/10.1186/s12887-020-02079-9>
13. Milestone [Internet]. Milestone-transitionstudy.eu. 2017 [cited 14 February 2020]. Available from: <https://www.milestone-transitionstudy.eu/>
14. Merino M. Proyecto Crecer [Internet]. Shealth. 2019 [cited 14 February 2020]. Available from: <https://bit.ly/3mNBdic>
15. Paul M, Street C, Wheeler N, Singh SP. Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2015;20(3):436–457.
<https://doi.org/10.1177/1359104514526603>
18. Cleverley K, Bennett K, Jeffs L. Identifying process and outcome indicators of successful transitions from child to adult mental health services: protocol for a scoping review. *BMJ Open*. 2016;6(7):e012376.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012376>
18. Appleton R, Connell C, Fairclough E, Tuomainen H, Singh SP. Outcomes of young people who reach the transition boundary of child and adolescent mental health services: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019;28(11):1431–1446.
<https://doi.org/10.1007/s00787-019-01307-7>
19. Mulvale GM, Nguyen TD, Miatello AM, Embrett MG, Wakefield PA, Randall GE. Lost in transition or translation? Care philosophies and transitions between child and youth and adult mental health services: a systematic review. *J Ment Health*. 2019;28(4):379–388.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1124389>
20. Cleverley K, Rowland E, Bennett K, Jeffs L, Gore D. Identifying core components and indicators of successful transitions from child to adult mental health services: a scoping review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(2):107–121.
<https://doi.org/10.1007/s00787-018-1213-1>

ANEXOS

26

DOCUMENTO PARA LA TRANSICIÓN AL PROGRAMA DE ADULTOS			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
HCE: Escriba texto.	NOMBRE: Haga clic aquí para escribir texto.	FECHA DE NACIMIENTO: Escriba fecha.	
DISTRITO: Elija un elemento.	DIRECCIÓN: Haga clic aquí para escribir texto.		
FECHA 1er. CONTACTO SM: Escriba fecha.	FECHA INICIO SM-II Escriba fecha.	FECHA DE DERIVACIÓN: Escriba fecha.	
PROFESIONAL DERIVANTE:			
PSIQUIATRÍA: Elija un elemento.		PSICOLOGÍA: Elija un elemento.	
DATOS INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL			
DIAGNÓSTICO ACTUAL: Haga clic aquí para escribir texto.			TMC: ☐ TMG: ☐
MOTIVO INICIAL DE DERIVACIÓN EN SM INFANTO-JUVENIL: Haga clic aquí para escribir texto.			
SÍNTOMAS PREDOMINANTES EN LA ACTUALIDAD: Haga clic aquí para escribir texto.			
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL Y PAUTA: Haga clic aquí para escribir texto.			
OTROS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS: Haga clic aquí para escribir texto.			
TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICOS:			
TERAPIA INDIVIDUAL ☐ TERAPIA GRUPAL ☐ GRUPO DE PADRES ☐			
INGRESOS HOSPITALARIOS: Elija un elemento. NÚMERO APROXIMADO DE INGRESOS: Escriba número.			
H.U. GREGORIO MARAÑÓN: ☐ H.U. NIÑO JESÚS: ☐ H.U. PUERTA DE HIERRO: ☐ OTRO: ☐			
EN SEGUIMIENTO POR:			
PSIQUIATRÍA ☐ PSICOLOGÍA ☐ ENFERMERÍA ☐ T. SOCIAL ☐ T. OCUPACIONAL ☐			
PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ☐			
ENFERMERÍA ☐ TRABAJO SOCIAL ☐ TERAPEUTA OCUPACIONAL ☐			
PROFESIONAL DE REFERENCIA: Elija un elemento. EMAIL: Elija un elemento.			
RECOMENDACIÓN DE INTERVENCIÓN:			
PSIQUIATRÍA ☐ PSICOLOGÍA ☐ ENFERMERÍA ☐ T. SOCIAL ☐			
PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS: ☐			
ASISTENCIA A RECURSOS DE LA RED DE SALUD MENTAL: Elija un elemento.			
HOSPITAL DE DIA NIÑOS Y ADOLESCENTES: Elija un elemento. INFANTIL: ☐ ADOLESCENTES: ☐			
NOMBRE DEL CENTRO: Escriba texto.			
FECHA DE DERIVACIÓN INFANTIL: Escriba fecha.		TIEMPO DE ESTANCIA: INFANTIL: Escriba texto.	
FECHA DE DERIVACIÓN ADOLESCENTES: Escriba fecha.		TIEMPO ESTANCIA ADOLESCENTES: Escriba texto.	
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS: Elija un elemento.			
UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA: Elija un elemento. CENTRO: Elija un elemento.			
FECHA DE DERIVACIÓN: Escriba fecha.		TIEMPO DE ESTANCIA: Haga clic aquí para escribir texto.	
CUMPLIMIENTO OBJETIVOS: Elija un elemento.			
RECIBE ATENCIÓN A TRAVÉS DEL SEGURO ESCOLAR: ☐			
RECURSO: Haga clic aquí para escribir texto.			

DURACIÓN: Haga clic aquí para escribir texto. OTRAS OBSERVACIONES: Haga clic aquí para escribir texto.
NIVEL DE ADHERENCIA: NIVEL DE IMPLICACIÓN CON EL TRATAMIENTO ACTUAL: PACIENTE: Elija un elemento. FAMILIA: Elija un elemento. OTRAS OBSERVACIONES: Elija un elemento.
JUSTIFICACIÓN DE LA DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE ADULTOS: FUNCIONAMIENTO ACTUAL DEL PACIENTE: Haga clic aquí para escribir texto. NIVEL DE MOTIVACIÓN PARA CONTINUAR TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL: PACIENTE: Elija un elemento. FAMILIA: Elija un elemento. FACTORES DE RIESGO: Haga clic aquí para escribir texto. OTRAS OBSERVACIONES: Haga clic aquí para escribir texto.
PERFIL DE AUTONOMÍA
NIVEL DE MADUREZ: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ OTRAS OBSERVACIONES: Haga clic aquí para escribir texto. NIVEL DE AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ OTRAS OBSERVACIONES: Haga clic aquí para escribir texto.
PERFIL FAMILIAR
ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS Y SITUACIÓN FAMILIAR: Haga clic aquí para escribir texto. TIPO DE CONVIVENCIA: Elija un elemento. ANTECEDENTES FAMILIARES EN SALUD MENTAL: Elija un elemento. EN CASO AFIRMATIVO AMPLIAR INFORMACIÓN: Haga clic aquí para escribir texto. HERMANOS EN EL DOMICILIO: SI ☐ NO ☐ DIFICULTAD EN LAS RELACIONES FAMILIARES: SI ☐ NO ☐ INTERVENCIÓN DE OTROS DISPOSITIVOS: Elija un elemento. SERVICIOS SOCIALES: ☐ CAI: ☐ CAF: ☐ OTROS: ☐ OTRAS OBSERVACIONES: Haga clic aquí para escribir texto.
PERFIL DE SALUD
SALUD FÍSICA: NIVEL DE SALUD FÍSICA ACTUAL: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ CONSUMO ACTIVO DE TÓXICOS: Elija un elemento. PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN: Elija un elemento. NIVEL DE AUTOCUIDADOS: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ OTRAS OBSERVACIONES: Haga clic aquí para escribir texto.
PERFIL EDUCATIVO Y SOCIOLABORAL
NIVEL DE EDUCATIVO ALCANZADO/CURSANDO: Elija un elemento. MODALIDAD EDUCATIVA: Elija un elemento. ESCOLARIZADO EN LA ACTUALIDAD: SI ☐ NO ☐ ASISTENCIA: Elija un elemento. ESPECIFICAR ESTUDIOS, LUGAR, EVOLUCIÓN, etc.: Haga clic aquí para escribir texto. RESUMEN HISTORIA EDUCATIVA DEL PACIENTE: Haga clic aquí para escribir texto.

PERFIL SOCIAL
EL PACIENTE MANTIENE RELACIONES SOCIALES FUERA DEL ENTORNO FAMILIAR: Elija un elemento. LAS RELACIONES SOCIALES SON: Elija un elemento. TIPO DE RED DE APOYO: Elija un elemento. RELACIÓN DE PAREJA ESTABLE: Elija un elemento. REALIZA OCIO SALUDABLE: Elija un elemento. REALIZA ACTIVIDADES LÚDICAS: Elija un elemento. ¿CÚALES?: Haga clic aquí para escribir texto. OTRAS OBSERVACIONES: Haga clic aquí para escribir texto.
PERFIL JUDICIAL
MEDIDAS JUDICIALES EN LA ACTUALIDAD: SI ☐ NO ☐ EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, FECHA DE FINALIZACIÓN: Haga clic aquí para escribir texto. NOMBRE DEL TÉCNICO DE LIBERTAD VIGILADA: Haga clic aquí para escribir texto. TELÉFONO DE CONTACTO: Haga clic aquí para escribir texto. OTRAS OBSERVACIONES: Haga clic aquí para escribir texto.
VALORACIÓN PROFESIONAL
MOTIVO DE LA DERIVACIÓN: Haga clic aquí para escribir texto. LA DERIVACIÓN HA SIDO CONSENSUADA CON EL PACIENTE: SI ☐ NO ☐ LA FAMILIA CONOCE LA DERIVACIÓN A ADULTOS: SI ☐ NO ☐ OBJETIVOS DE LA DERIVACIÓN: Haga clic aquí para escribir texto. OTRAS OBSERVACIONES: Haga clic aquí para escribir texto.
PRIORIDAD
INDICAR EL GRADO DE PRIORIDAD PARA LA INTERVENCIÓN EN ADULTOS: Elija un elemento. OTRAS OBSERVACIONES: Haga clic aquí para escribir texto.

Madrid a 24 de septiembre de 2020

Fdo.: Responsable asistencial
Elija un elemento.

Fdo.: Responsable asistencial
Elija un elemento.

Fdo.: Responsable P.C.C.
Elija un elemento.

L. García Murillo^{1*} 

M. Díaz de Neira¹

M. Azul Forti-Buratti¹

I. Palanca Maresca¹

1. Servicio de Psiquiatría, Unidad de Psiquiatría y Psicología
Infanto-Juvenil Hospital Universitario Puerta de Hierro
Maja-dahonda, Madrid, España.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

Lourdes García Murillo

Correo electrónico: lgmurillo@salud.madrid.org

*Una presentación no tan atípica:
autismo en mujeres*

*Not an Atypical Presentation: Autism
in Women*

RESUMEN

A pesar del conocimiento que tenemos en la actualidad de la amplia variedad de sintomatología y fenotipos de pacientes que engloban los Trastornos del Espectro Autista, algunos de estos fenotipos siguen sin estar claramente descritos en las clasificaciones psicopatológicas. Se propone un caso clínico de una paciente adolescente que consulta por sintomatología depresiva, descubriéndose tras la evaluación y durante la evolución un Trastorno del Espectro Autista subyacente que había pasado desapercibido.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista, mujer, adolescente, diagnóstico.

ABSTRACT

Despite current knowledge about the wide variety of symptoms and phenotypes of patients that meet criteria for Autism Spectrum Disorder, some of these phenotypes are still not clearly described in psychopathological classifications. A clinical case of a teenage patient who consults for depressive symptoms is proposed. After the evaluation, an underlying Autism Spectrum Disorder that had gone unnoticed was discovered.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, women, teenager, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dificultades en la reciprocidad social, en la comunicación, flexibilidad y procesamiento sensorial. Actualmente se calcula que puede tener una prevalencia de 1 de cada 59 niños, considerándose clásicamente que el trastorno es unas cuatro veces más común en niños que en niñas (1). En los últimos años se ha visto cómo esta ratio cuatro a uno observada en las muestras clínicas (2), puede variar hasta ratios de dos o tres varones por cada mujer en muestras poblacionales (3) lo que podría significar que muchas niñas y mujeres que cumplen criterios clínicos de TEA no son diagnosticadas. Se cree que esto puede ser debido a que muchas veces las dificultades presentes pasan desapercibidas o son etiquetadas de manera diferente (4). Esto hace, además, que aquellas niñas y mujeres que reciben el diagnóstico lo hagan de manera más tardía que los varones (5), con las implicaciones negativas que podrían derivar de ello.

A continuación, presentamos un caso clínico que ilustra esta situación:

CASO CLÍNICO

Mujer de 13 años derivada para valoración desde el Servicio de Alergología por “rasgos depresivos que complican el manejo de alergia” y presencia de autolesiones.

Antecedentes personales somáticos

Presenta alergia alimentaria múltiple (proteínas de la leche de vaca, huevo, frutos secos, soja, legumbres) diagnosticada a los tres meses de edad, por la cual continúa realizando seguimiento en el Servicio de Alergología, con tratamiento farmacológico (salmeterol y propionato de fluticasona 25/50 cada 12 horas, loratadina diaria y salbutamol a demanda).

Niegan otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Antecedentes Personales psiquiátricos/psicológicos

Realizó seguimiento psicológico en un centro municipal a los 12 años por “crisis depresivas por la multialergia”, presentando en ese momento problemas de relación con sus compañeros de clase. Acudió a dicho centro alrededor de los doce años, según refieren los padres, porque presentaba dificultades para expresar sus emociones y preocupaciones.

Inició seguimiento en el ámbito privado en psicología cuatro meses antes de acudir a la primera consulta con psiquiatría, siendo el motivo de consulta la ideación pasiva de muerte, refiriendo los padres que había compartido en sus redes sociales una foto con la afirmación “me siento como muerta”.

La madre explicaba que apenas hablaba en esta terapia habiendo tenido que recurrir la terapeuta al trabajo con producción gráfica.

Historia del desarrollo

Primer y único embarazo. Los padres deseaban aumentar su descendencia no siendo esto posible. Embarazo complicado por hiperémesis gravídica, con parto por cesárea de urgencia por vuelta de cordón. Peso recién nacida: 3 Kgrs. Lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses siendo suspendida al iniciarse la sintomatología alérgica. La madre padeció una depresión postparto, agudizada especialmente al año del nacimiento de la niña, habiendo realizado seguimiento psicológico en ámbito privado sin que fuese necesario recurrir a tratamiento farmacológico.

La madre la describe como una bebé muy tranquila, muy callada, “que casi nunca lloraba”.

A nivel psicomotor no se refieren alteraciones, logrando la deambulación a los 10 meses. Sí presentó un retraso en la adquisición del lenguaje, no combinaba palabras para la realización de frases hasta más allá de los cuatro años de edad. Niegan problemas en el control de esfínteres ni en otros hitos del desarrollo.

Etapa escolar

Inició la guardería a los 18 meses, siendo hasta entonces su madre su cuidadora. En los informes del centro la describen como una niña muy tranquila y observadora: “disfruta viendo cómo juegan sus compañeros y se entretiene mucho ella sola con juguetes, es una niña tímida e inhibida en sus relaciones sociales tanto con los niños como con los adultos”.

Etapa de Educación Primaria en centro escolar público, cambiando en el segundo curso a otro centro por preferencia de los padres. Tuvo una mala adaptación al nuevo centro, donde permaneció desde 2º a 5º de Primaria, realizando un nuevo cambio. En la actualidad cursa 3º de ESO en dicho centro presentando un buen rendimiento académico no habiendo repetido cursos.

Aficiones e intereses

Le gusta la música K-pop y el rap. Toca el teclado y la guitarra desde los seis años, y dejó el piano hace un año. Según los padres, tiene muchas dificultades con las actividades nuevas.

En el futuro le gustaría trabajar como informática.

Antecedentes Familiares

La madre es natural de un país de América Central, reside en España desde 16 años antes del inicio del seguimiento, tiene estudios superiores y trabaja ejerciendo su profesión para terceros. El padre es natural de España, trabaja como informático. Conviven los tres con su mascota.

Como antecedentes familiares destaca la depresión postparto padecida por la madre y una depresión por parte de la abuela materna tras el fallecimiento de su marido. Niegan antecedentes familiares de epilepsia u otras enfermedades neurológicas.

Enfermedad actual

Acudió a nuestra consulta derivada desde el Servicio de Alergología por ánimo bajo que según referían complicaba el abordaje de su sintomatología alérgica. Cinco meses antes de acudir a la consulta había empezado a presentar apatía e intensa anhedonia (había dejado de bailar y no quería ir de vacaciones con los abuelos a pesar de que siempre había disfrutado mucho de estas). No presentaba cefaleas ni dolores abdominales.

La madre la describía como “seria, muy introvertida, no sabe expresar sus emociones, muy paciente, autoexigente, insegura, le cuesta ver lo que vale”. Durante la consulta la menor presentaba labilidad emocional evidenciándose una clara dificultad para la identificación y comunicación de sus emociones. Tanto ella como sus padres explicaban que presentaba dificultades para interrelacionarse con pares, siendo su grupo de amigos nulo.

La madre refería que un mes previo a la consulta había compartido en una red social una foto en la que refería sentirse “como muerta”, siendo los compañeros quienes avisaron a los profesores de la situación y éstos a los padres. Tras ese episodio retomó el seguimiento en psicología en el ámbito privado, donde según refieren los progenitores apenas pronuncia palabras.

Según explican los profesores del centro escolar, en las situaciones grupales del centro solía pasar desapercibida: “se hace transparente en el grupo”. Un año antes de la primera consulta había iniciado la actividad de fútbol, acudiendo a la misma durante tres meses tras los cuales decidió dejarla por dificultades con las compañeras. Explicaba estas situaciones de conflicto de manera vaga y con poca consistencia, no habiendo sido percibidas por otros miembros del equipo.

Además, los cuatro meses previos a la consulta había presentado disminución del apetito sin repercusión ponderal ni distorsión de la imagen corporal, habiendo comenzado a realizarse de manera prácticamente concomitante autolesiones con finalidad ansiolítica en forma de arañazos superficiales en los brazos y las piernas. Estas conductas se producían de manera diaria, desconociendo la madre

la existencia de las mismas hasta unas dos semanas previas a la consulta. Reconocía seguir cuentas en Instagram relacionadas con autolesiones.

En cuanto al sueño, presentaba insomnio de conciliación y despertares frecuentes.

Tenía una analítica reciente realizada por su Médico de Atención Primaria con función tiroidea normal.

Se prescribió fluoxetina y se proporcionan pautas para identificación de emociones y la regulación conductual.

Exploración psicopatológica

Consciente, abordable. Aspecto cuidado. Escaso contacto visual. Lenguaje escaso, parca en palabras. Ánimo bajo, apatía, anhedonia. Dificultades de regulación emocional. No presentaba alteraciones del curso del pensamiento, tampoco obsesiones, manías ni rituales. Autolesiones sin intención suicida, en forma de cortes sin finalidad autolítica, no heteroagresividad, no ideas de muerte ni autolisis en el momento de la evaluación, aunque refiere haberlas presentado en contextos de intensa ansiedad, nunca planificación suicida. Dificultades para la identificación de emociones. Dificultades en las relaciones sociales. No alteraciones sensorio-perceptivas. Hiporexia de meses de evolución. Insomnio global.

Evolución

Tras iniciar tratamiento con fluoxetina 20 mg/día y ajustar posteriormente la dosis a 40mg/día sin que presentase sintomatología adversa, se apreció una disminución de la ansiedad durante las entrevistas individuales, aunque persistió el discurso parco en palabras, siendo fundamentalmente monosílabos, a pesar de la actitud colaboradora en todo momento, explicando la menor que “se queda bloqueada” al hablar sobre sus emociones. Continuó impresionando de mala gestión y comprensión de las emociones, refería ánimo bajo, pero con dificultades para la identificación del mismo. No identificaba cambios tras la introducción del tratamiento farmacológico, a pesar que tanto la familia, como el centro educativo como la psicóloga referían que se le notaba más risueña.

Continuaba hablando sobre sus temas de interés con distancia emocional, persistiendo una grave dificultad para las relaciones interpersonales.

Dada la clínica persistente se realizó una revisión de la historia evolutiva. Según los padres, desde la primera infancia no aceptaba el contacto físico, persistiendo esta dificultad en la actualidad. Según los ejemplos referidos, no presentaba juego simbólico, (por ejemplo, tenía un muñeco bebé que no se le cerraban los ojos así que no podía jugar a que se durmiese). Durante la introducción de la alimentación complementaria presentó dificultades con las texturas de los alimentos, habiendo los padres achacado esto a las alergias alimentarias. Siempre fue muy selectiva con la ropa ya que el contacto de ciertas prendas le producía molestias, siendo en ocasiones difícil encontrar ropa que se ajustase a sus preferencias táctiles. Cuentan que desde niña ha tenido tendencia a evitar el contacto visual, permaneciendo ensimismada en sus actividades alrededor de los cuatro años de edad cuando entraban los padres en una habitación en la que estaba jugando. En la actualidad continúa evitando ocasionalmente el contacto ocular. Muestra dificultades para hablar de temas que no son de su interés, siendo difícil explorar su comprensión de situaciones sociales habituales por sus dificultades para mantener una conversación.

Se decidió administrar la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo segunda edición (ADOS 2) módulo 3 para completar información.

Pruebas complementarias

ADOS 2 - MODULO 3 (6)

Lenguaje y comunicación: Durante la realización de la prueba utilizaba frases y verbalizaciones complejas de manera correcta, sin que presentase ecolalias. El patrón del habla fue inusual, siendo muy lento en ocasiones, con poca variación de tono durante la mayoría de los intercambios (aunque en algunos contextos, como cuando habla sobre su grupo musical favorito, hace entonación muy adecuada), sin uso estereotipado o idiosincrásico de palabras o frases. Durante la realización de la prueba ofreció información sobre el contenido de una de sus canciones favoritas, personajes de manga y gustos alimentarios

sin ser preguntada, respondiendo adecuadamente a los comentarios del examinador, aunque no realizó preguntas sobre ellos. Además, ofreció información sobre su deseo de irse a vivir a Japón en la edad adulta ya que le gusta la cultura de dicho país “porque se relacionan menos”. En la tarea de demostración, proporcionó explicaciones sin necesidad de que se realizaran preguntas específicas para ser guiada, con buen contacto visual durante la misma, aunque durante el resto de la prueba no realizó descripción de sucesos de forma espontánea. La conversación no fluyó durante ningún momento de la entrevista, permaneciendo a la espera de preguntas concretas para realizar intercambios de diálogo. En cuanto a la gesticulación, utilizó espontáneamente algunos gestos descriptivos, siendo la variedad de éstos, escasa.

Interacción social recíproca: Durante la realización de la prueba el contacto visual fue adecuado, así como la variedad de expresiones faciales dirigidas al examinador, presentando en ocasiones tics fonatorios (carraspeos) y movimientos estereotipados (tocándose frecuentemente la cabeza). La vocalización en general se acompañó de cambios sutiles y socialmente adecuados, dando durante la prueba muestras claras de disfrute compartido en más de una actividad. Transmitió cierta identificación del miedo en la tarea del libro, señalando dicha emoción unas cinco veces durante la tarea sin que pudiera identificar otras en los personajes. En cuanto a la identificación de las relaciones sociales básicas, impresionaba de tener una comprensión superficial de las mismas, siendo capaz de describirlas pero siendo confusa su descripción de situaciones en las que se ve involucrada (la chica a la que describe como su mejor amiga la conoce sólo hace unos meses y nunca han quedado fuera del centro escolar, “cuando una persona se siente sola lo mejor que puede hacer es leer y dibujar”) impresionando de que la adecuada descripción inicial se trata de una respuesta aprendida. En cuanto a su comprensión de las relaciones de pareja, expresó confusión con su propia identidad sexual, declarándose en un inicio bisexual para luego explicar que no sabía por qué la gente puede querer tener pareja, ni las posibles ventajas o inconvenientes de tenerla. Durante toda la evaluación no realizó iniciaciones sociales de ningún tipo, mostrando poca preocupación en relación con la

atención del evaluador, con gran latencia de respuesta. La interacción fue inusual, siendo necesario realizar ajustes en el orden de las actividades durante la prueba para que fuese posible completarla.

Imaginación: No presentó acciones creativas ni inventivas, negándose a realizar la actividad de juego simbólico aumentando el número de tics en ese momento. Se le ofrecieron otros objetos, pero la negativa fue persistente a pesar de la buena y agradable interacción durante la prueba. En cuanto a la historia inventada realizó una copia exacta de la historia realizada por el examinador, tras una latencia de unos cinco minutos para iniciarla, presentando muchas dificultades para la iniciación de la misma.

Comportamientos estereotipados e intereses restringidos: Durante la evaluación no se observaron intereses sensoriales inusuales ni comportamientos de búsqueda sensorial, observándose manierismos ocasionales. Realizó referencias a patrones de interés altamente específicos en un grado inusual, como su interés en la cultura japonesa. No presentó actividades o rutinas verbales ni conducta autolesiva.

Otros comportamientos anormales: Permaneció quieta, sentada de manera apropiada durante la evaluación, mostrándose más cómoda en las partes de la evaluación consistentes en preguntas y respuestas.

Según la información clínica recogida en las diferentes consultas y durante la evaluación ADOS-2, la menor presentaba un retraso en la adquisición del lenguaje, un desarrollo anormal de la interacción social recíproca y del juego simbólico antes de los tres años de edad así como un fracaso en el establecimiento de relaciones interpersonales con pares, una ausencia de reciprocidad socio emocional, graves dificultades para iniciar o mantener una conversación, ausencia de juegos de simulación espontáneos y juego social imitativo en las edades más tempranas, intereses restringidos y manierismos, no pudiendo atribuirse esta sintomatología a otra causa, por lo que cumplía criterios de CIE 10 para el diagnóstico de un Autismo infantil.

Juicio clínico (cie10): EJE I: Trastorno Generalizado del Desarrollo. Autismo infantil F84.0, CIE10, Trastorno mixto ansioso-depresivo F41.2; EJE II: XX; EJE III: XX; EJE IV: Alergia a proteínas leche de vaca, frutos secos, soja; EJE V: XX; EJE VI: GAF 60

DISCUSIÓN

En el presente caso clínico se describe una situación todavía común en nuestras consultas: se presenta una adolescente cuyas dificultades en la interacción social han pasado desapercibidas durante años. Al iniciar seguimiento en dispositivos de Salud Mental por sintomatología ansioso depresiva, se observa clínica correspondiente a un TEA.

Se hipotetiza que el infradiagnóstico de TEA puede ser más frecuente en mujeres, ya que la presentación de los síntomas puede ser ligeramente diferente a la de los varones: pueden presentar dificultades más sutiles como ser muy inocentes, presentar conductas inapropiadas, raras o invasivas en diferentes contextos, escasa iniciativa social... Durante la prueba ADOS se observó cómo la comprensión de relaciones sociales y emociones explorada de manera somera parecía ser mejor de lo que finalmente resultó, pudiendo haber pasado desapercibidas estas dificultades en otros contextos. Se ha postulado que las mujeres con TEA tengan un fenotipo específico con una presentación diferente a la que aparece en varones (7, 8). Se recomienda en estos casos prestar más atención a las dificultades para turnos de conversación, la copia de estrategias de pares, la excesiva pasividad, las dificultades para resolver conflictos, el perfeccionismo, la ausencia de amistades profundas, los sentimientos de “no encajar” y el uso inadecuado de redes sociales como se observó en el presente caso (9). Se ha hablado sobre cómo las mujeres pueden “camuflar” sus dificultades sociales (10), ya que muchas veces se cree que presentan un juego más imaginativo o simbólico por los objetos utilizados, sesgados culturalmente como de niñas, siendo este juego muy rígido y concreto cuando se observa con detenimiento.

Dado que el diagnóstico de TEA permite un mejor abordaje de la situación vital del paciente, sería importante recabar más información sobre este posible fenotipo femenino del TEA para poder realizar un diagnóstico más temprano de dichos casos que permita poner en marcha los apoyos necesarios que puedan favorecer un mejor desarrollo personal.

CONCLUSIONES

Una evaluación de los Trastornos del Espectro Autista debe incluir una comprensión de la psicopatología desde una perspectiva de género. Las diferencias de género presentes en el TEA han de ser estudiadas.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. (CDC) CfDCaP. 2019 Available from: <https://bit.ly/3j1Q6vd>
2. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric research*. 2009;65(6):591–598. <https://doi.org/10.1203/PDR.0b013e31819e7203>
3. Constantino JN, Zhang Y, Frazier T, Abbacchi AM, Law P. Sibling recurrence and the genetic epidemiology of autism. *The American journal of psychiatry*. 2010;167(11):1349–1356. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14050576>
4. Lai MC, Baron-Cohen S. Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *The lancet Psychiatry*. 2015;2(11):1013-1027. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00277-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00277-1)
5. Giarelli E, Wiggins LD, Rice CE, Levy SE, Kirby RS, Pinto-Martin J, et al. Sex differences in the evaluation and diagnosis of autism spectrum disorders among children. *Disability and health journal*. 2010;3(2):107-116. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.02.006>
6. Catherine Lord PMR, MD, et al. Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS -2). WPS; 2012.
7. Bargiela S, Steward R, Mandy W. The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2016;46(10):3281-3294. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1006-3>
8. Hervás A. Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*. 2016;62(1):S9–S14. <https://doi.org/10.33588/rn.62S01.2016068>
9. AETAPI. Guía de Buenas Prácticas en Mujeres con TEA. 2018.
10. Kenyon S. Autism in Pink: Qualitative Research Report 2014 [Available from: <https://bit.ly/32WYGFY>.

G. Gámiz Poveda* 
I. García Miralles
M. Constanza Pacheco

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de salud mental infanto-juvenil del Hospital General de Valencia, España.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

G. Gámiz Poveda
Dirección: C/Pintor Stolz, nº 35.
Correo electrónico: gamiz_gem@gva.es | usmi_hgv@gva.es

¿Es sólo mutismo? A propósito de un caso

Is it only Mutism? Case-based Review

RESUMEN

El mutismo selectivo fue descrito por primera vez hace más de 100 años. Forma parte de un grupo heterogéneo de alteraciones que tienen en común la presencia de anomalías del comportamiento social que comienzan durante el período de desarrollo. En la última edición del DSM-5 ha sido clasificado en la categoría de Trastornos de ansiedad. Presentamos un caso clínico de una paciente que fue derivada a nuestra consulta de Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil por incapacidad para hablar en los contextos escolar y social a pesar de hablar con aparente normalidad con los familiares más cercanos, acompañado de fracaso escolar. Repasamos brevemente algunas de las características generales del trastorno: factores de riesgo, el diagnóstico según los sistemas de clasificación actuales más importantes y las estrategias para el abordaje. Posteriormente exponemos el caso clínico con el desarrollo de las sucesivas entrevistas clínicas, el análisis de la información aportada por la madre adoptiva, la exploración del estado mental, el resumen de las exploraciones neuropsicológicas e informes escolares y una discusión final.

Palabras clave: mutismo selectivo, factores predisponentes, presentación clínica, psicopatología, comorbilidad, diagnóstico diferencial, depresión.

ABSTRACT

Selective mutism was first described more than 100 years ago. It belongs to an heterogeneous group of conditions that share in common the presence of anomalies in social behavior starting during the developmental period. In DSM-5, it has been classified in the category of Anxiety Disorders. We present a clinical case of a patient that was referred to our child and adolescent Mental Health Unit due to a lack of speech in school and social contexts in spite of speaking with apparent normality in the presence of closest relatives, also accompanied by school failure. We present some of the general characteristics of the disorder: risk factors, diagnostic features according to the most important current classification systems and treatment strategies. We also describe the case, including clinical interviews, analysis of the information shared by the adoptive mother, exploration of the mental state, summary of neuropsychological explorations and school reports, and provide a final discussion.

Keywords: selective mutism, predisposing factors, clinical features, psychopathology, comorbidity, differential diagnosis, depression.

INTRODUCCIÓN

En el caso clínico que se va a presentar el punto de partida es el mutismo, sin embargo, a medida que se van sucediendo las visitas, el foco de intervención se pone en el episodio depresivo, que se hace patente detrás del mutismo.

Para contextualizar las intervenciones, es clave reseñar que es en el contexto público donde se encuadra este caso. Parece importante señalarlo para constatar que las visitas han sido más espaciadas en el tiempo de lo deseado, lo cual se ha percibido como una dificultad para el establecimiento del vínculo terapéutico y los tiempos de mejora.

Aunque están presentes conductas de desinhibición, que seguramente se refieren al trastorno del apego o del vínculo, nos vamos a centrar en el episodio depresivo que domina la psicopatología de la paciente.

Respecto al mutismo, que es el punto de partida en este caso, se realizará una breve mención para recordar el concepto, según la CIE-11 (1).

La CIE-11 (1) incluye el mutismo selectivo (6B06) dentro de los Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo, incluidos a su vez dentro de los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo (6).

Criterios para el diagnóstico de Mutismo selectivo, adaptados de la CIE-11

El mutismo selectivo presenta una selectividad sistemática en el discurso, con un niño que demuestra competencia lingüística adecuada en situaciones sociales específicas, como en casa, pero constantemente es incapaz de hablar en otras, más frecuentemente en la escuela. La alteración dura al menos un mes, no se limita al primer día de escuela, y es lo suficientemente grave como para interferir con los resultados educativos o la comunicación social. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento ni de comodidad con la lengua hablada en la situación social concreta (por ejemplo, un idioma diferente hablado en la escuela que en casa).

El DSM-5 (2) clasifica el mutismo selectivo (313.23) dentro de los trastornos de ansiedad.

Entre los factores de riesgo del mutismo se han descrito: factores temperamentales, en concreto, la afectividad negativa (neuroticismo) o la inhibición conductual, factores ambientales y factores genéticos y fisiológicos.

Lo importante en el presente caso del mutismo, tal y como se define, es que supone el punto de partida desde el que se llega al verdadero trastorno de fondo.

Respecto al tratamiento se han descrito distintas estrategias:

- La farmacoterapia en el mutismo selectivo es la propia de los trastornos de ansiedad en general (3). Entre los psicofármacos de primera línea las investigaciones apuntan a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, especialmente cuando hay depresión mayor. La fluoxetina es el psicofármaco utilizado en todas las investigaciones publicadas, salvo en una (3).
- Terapia conductual: los estudios indican que los enfoques de terapia conductual suelen ser eficaces para tratar el mutismo selectivo (3).
- Terapia cognitivo-conductual en la ansiedad infantil (3): suele ser eficaz.
- Terapia psicodinámica(3): las pruebas a favor de este tipo de terapias son limitadas.
- Tras este breve resumen del mutismo, desarrollo el caso clínico a continuación.

Como ya hemos mencionado, el mutismo es el motivo de consulta, pero no el diagnóstico. Por ello, es pertinente en este momento empezar a hablar de la dificultad en el diagnóstico diferencial, haciendo especial hincapié en el diagnóstico diferencial con el trastorno depresivo, que es el diagnóstico final en este caso. Uno de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta en el caso de los trastornos de ansiedad (como es el mutismo) es el diagnóstico de trastorno depresivo (4). Además, entre los diagnósticos comórbidos más frecuentes de los trastornos depresivos se encuentran los trastornos de ansiedad (4). En este caso, la presencia de episodios de agresividad, sentimientos de no ser aceptada, aislamiento, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima) y pensamientos

relativos al suicidio orientan a un diagnóstico de trastorno depresivo (4).

MÉTODO

Caso clínico a propósito del mutismo en la adolescencia

Este caso ilustra algunas de las múltiples conductas que caracterizan la neurosis del niño y que corresponden a las diversas estrategias a las que el niño recurre para negociar la angustia. África presenta dos manifestaciones psicopatológicas centrales: el mutismo como manifestación visible y central en la consulta y los episodios disociativos con agresividad hacia su referente y hacia su mascota, en el domicilio.

Sujeto

Se trata de una adolescente de 13 años que es derivada a Unidad de Salud Mental Infantil y Adolescente (USMIA) a petición del colegio y de la psicóloga particular a la que acude.

Motivo de consulta

En el informe del colegio reflejaban desde diciembre de 2018 la presencia de ánimo decaído, verbalización de comentarios negativos y realización de dibujos de contenido referente a la muerte y mutilaciones, falta de atención en clase, conflictos con los compañeros y negativa a ir al colegio en algunas ocasiones.

La psicóloga también recogía en su informe ese período de semanas de duración en el que se evidenciaba un empeoramiento con sufrimiento emocional, deseos de muerte, sentimientos de culpa y episodios de disociación en los que se mostraba agresiva con su figura de apego, como expresión del miedo a la pérdida y de la necesidad de control, y no como manifestación de conductas desafiantes. Se aconsejaba valoración por parte de psiquiatría por “posible riesgo de autolisis.”

Historia personal, desarrollo y antecedentes

África es originaria de Etiopía. A la edad de 18 meses fue adoptada por su mamá española y cumplidos los 5 años comenzó a presentar conductas regresivas y a ir “pegada” a su madre siempre que estaba con ella. A los 6 años surgieron episodios de agresividad cuando estaban las dos a solas, pero nunca en presencia de otras personas en los que África pegaba a su madre y llegaba a hacerle daño físico: rompía cosas, incluso se daba golpes contra la pared. Los 6 años y los 10 años son las edades que recuerda con mayor sufrimiento. Son años marcados para ella por el predominio de la agresividad física.

La escolarización siempre fue complicada para África. La adquisición de la lectura fluida se retrasó hasta los 10 años, pues hasta entonces silabeaba. Hace unos meses, desde diciembre del 2018, tomó más fuerza la negativa a ir al colegio, donde cursa 1º ESO. Se siente muy presionada por las exigencias académicas, inundada por una gran angustia que se ha instalado en su vida. En estos meses apareció un episodio en el que estranguló a su conejo Pablito. Así lo describe en un escrito: “Le pegué, le di patadas y no sé por qué lo hice, pero lo asfixié y lo estrangulé”.

PROCEDIMIENTO

Evaluación

En la primera entrevista en USMIA, África permanecía mutista y estática en la sala de espera, esperando su turno, puntual. Al llamarla entró en consulta detrás de su madre, oculta bajo su abrigo verde militar hasta las cejas y con la capucha puesta. Se sentó y permaneció callada e inamovible casi toda la entrevista, durante dos largas horas. Su madre aportó dibujos hechos por África en blanco y negro. En uno de ellos estaba África, en postura fetal, y con un letrero enorme en el que rezaba “ayúdame”. En otro aparecía África con una soga al cuello colgada de un palo.

38

Transcurridas 2 horas de la primera visita África no había pronunciado palabra, sólo había asentido en alguna pregunta o había negado con la cabeza. No se iba, no pedía irse, no se movía, no lloraba...- aparentemente no pasaba nada-. Acurrucada en sus piernas y sin mostrar su rostro, contestaba a algunas de las preguntas de la psiquiatra susurrando a su madre: hablaba a través de ella. La psiquiatra había permanecido con ella a solas, con ella acompañada de su madre, se había sentado a su lado, le había pedido, explicado, y nada.

Ante la dificultad para valorar el riesgo suicida había sopesado la posibilidad del ingreso. La mamá consideraba que coqueteaba con la muerte, pero no pensaba que fuera a hacerse daño.

Y ya cuando parecía imposible que la entrevista pudiera mejorar, salió la mamá hacia la consulta del administrativo para solucionar un papeleo y África, de nuevo a solas con la psiquiatra, susurró dirigiéndose

hacia ella: “Ayúdame”. Y así fue como África pidió ayuda. No quería ir al colegio, no quería estar con su madre y quería un peluche que había visto para cuidar el alma de Pablito.

En las visitas posteriores se fue alternando la conversación poco fluida con el mutismo y el ocultamiento bajo su abrigo. El intercambio de información sólo era posible en algunas ocasiones mediante dibujos, escritura o representaciones con los muñecos del juego de la familia que le gustaba con preferencia. El resto de juegos presentes en la consulta no le interesaban. Mediante dibujos contaba que la mayor parte del tiempo se sentía triste, que se sentía contenta en consulta y que a veces estaba enfadada. Lo que más triste le ponía era ir al colegio. Consideraba que los profesores “dicen mucho pero no hacen nada” y aunque pensaba que tenía amigas no se sentía bien en colegio. Lo achacaba a los libros y a los niños, algo que me expresó dibujando (Ver [figura 1](#)).

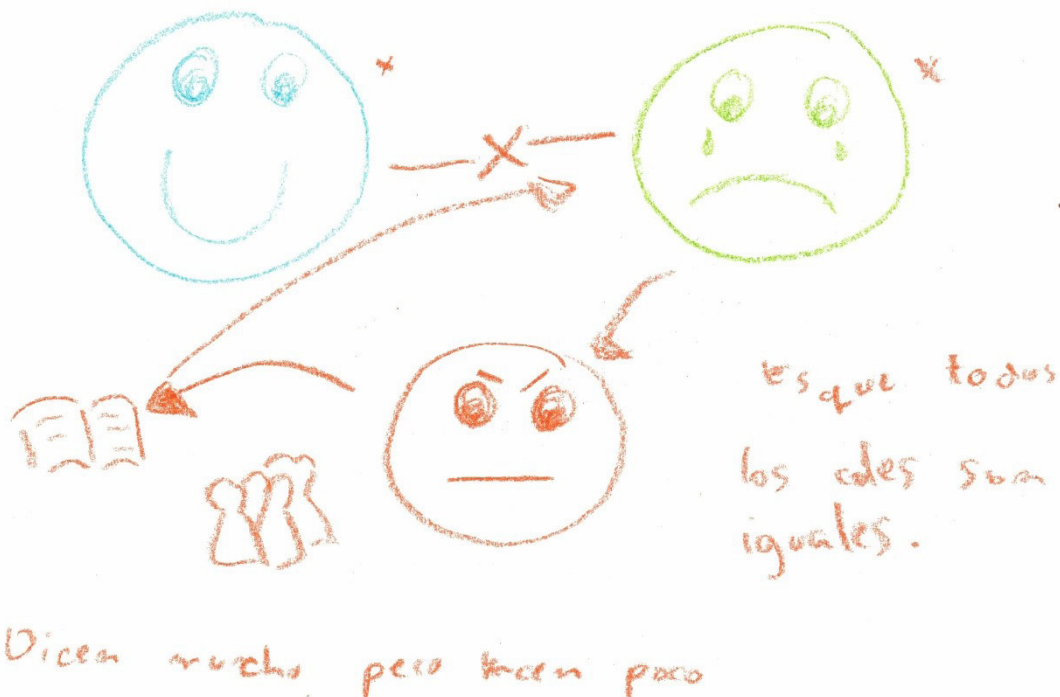


Figura 1: Un libro y tres figuras de niños.

La mamá relató episodios que ocurrían durante las clases y que África le había contado. Durante clases enteras, “desconectaba” de la situación y cuando acababa la clase era consciente de que no se había enterado de nada, no sabía decir en qué había estado pensando ni era consciente de que hubiera pasado tanto tiempo.

La psiquiatra advirtió el beneficio secundario de la consulta en aquella ocasión. Ir a la consulta se estaba convirtiendo en una excusa para no volver al colegio, era la tercera vez que le pedía que la ayudara diciéndole a su madre que no quería volver a clase después de la consulta. Despertó de su mutismo cuando su madre contó que cambiaría de colegio al cole al que iba una antigua amiga y excompañera de colegio. Sonrió y preguntó si iba a ir al cole de Marta. Estaba totalmente conectada con todo lo que había ocurrido en consulta y se puso de manifiesto en sus preguntas sobre su nuevo colegio, el miedo al fracaso académico y a que los compañeros y profesores pensaran que no era capaz de conseguir los objetivos escolares.

Cuando la madre explicó que había hablado con el colegio en el que pensaba que África se sentiría mejor y que tendría más apoyo en sus dificultades, ella “despertó”. Estaba contenta, ilusionada, sonriente con la idea de ir al cole de su amiga. No era tanto cambiar como ir al colegio de su amiga lo que la alegraba. Sin embargo, duró poco y cuando la mamá empezó a utilizar términos como “aula de apoyo”, “necesidades especiales”, se abrazó de nuevo a ella y se cubrió la cabeza con el pañuelo de cuello de su madre mordisqueándolo hasta romperlo.

Había estado escribiendo un escrito en casa en el que explicaba cómo se sentía al enfrentarse a un examen. La madre destacaba dotes literarias. Sin embargo, África no quiso enseñárselo a la psiquiatra ni que aquella se lo enseñara, dando la impresión de sentir vergüenza y una gran ansiedad ante la idea de que la psiquiatra lo leyera.

En la actualidad, aunque la progresión es lenta, África se comunica en cada sesión mediante dibujos y gestos, pero también con palabras. El discurso está muy lejos de ser fluido pero el mutismo no es absoluto e incluso, en ocasiones, se expresa de forma espontánea.

Cuando entra su madre adoptiva se funde con ella y ésta se convierte en su voz y en una extensión de su cuerpo. Ya sólo se comunica a través de ella.

La madre tiene la impresión de que África ha mejorado clínicamente tras el inicio del tratamiento psicofarmacológico, los episodios en los que se muestra agresiva han disminuido en frecuencia, intensidad y duración, el funcionamiento académico ha empezado a mejorar y permanece más tiempo animada. La psicóloga que la trata desde hace años a nivel particular, sin embargo, no había objetivado mejoría con el tratamiento, ni siquiera con el ajuste al alza de risperidona.

En fechas recientes la madre ha ido sin cita a consulta para mostrar a la psiquiatra un dibujo que había hecho África una semana antes. Aparece una mujer africana con un niño en el vientre y ella misma en brazos cuando era un bebé.

A los 10 años de edad, África vio una foto de su madre con su hermano en brazos. África preguntó por qué a él no le había abandonado y ya no hizo ningún otro comentario. La foto quedó guardada en el ordenador. Hace un año la imprimió y la colgó en su habitación. Hace una semana es cuando hizo el dibujo.

En alguna ocasión África ha comentado a la mamá adoptiva que cree que su padre biológico violó a su mamá biológica y por eso la abandonó.

En el colegio África cuenta con apoyos de una sesión semanal de Pedagogía Terapéutica y adaptación curricular en inglés, matemáticas y castellano.

El último informe de la segunda evaluación del presente curso indica que África demuestra interés por mejorar y ganas de aprender y trabaja en las actividades de forma adecuada, siguiendo las pautas de trabajo propuestas. No obstante, se refleja mayor dispersión que en el trimestre anterior.

Informes de adaptación de la segunda evaluación del 2019: Se recoge que cuando llegaron los exámenes cambió su actitud manifestando miedo, incluso no hizo algunos de ellos. Sin embargo, describen mejoría durante la segunda evaluación en cuanto a hablar en público. Añado un comentario textual que aparece en el informe: “África es muy inteligente, y esa inteligencia está jugando en nuestra contra a causa de

su estado depresivo. Le permite encontrar argumentos que justifiquen su desconexión con todo lo que la rodea y le pueda suponer algún esfuerzo.” Además, se explica que cuando intentan hablar con África del tema académico permanece mutista.

Su CI total evaluado con la Wechsler Intelligence Scale for Children IV (WISC-IV)] la sitúa por encima de la media, con una puntuación de 121. Los resultados obtenidos en las pruebas de África no explican los problemas para el aprendizaje. Tampoco debería tenerlo para integrar normas de conducta y llevarlas a la práctica; sin embargo, este hecho no se produce.

Exploración psicopatológica

Durante todas las entrevistas África se muestra abordable permaneciendo en las consultas el tiempo pertinente sin intentos de dar por terminada la consulta. Aunque inicialmente la colaboración parecía escasa sí acudía a todas las consultas e iba permitiendo que se realizaran las intervenciones. Han predominado un estado de inhibición, ansiedad elevada y un mutismo en las primeras entrevistas que progresivamente han ido cediendo facilitando la comunicación y por tanto la intervención. Presenta un estado de ánimo deprimido que junto al nivel alto de ansiedad flotante interfieren significativamente en su funcionamiento global. La intrusión de sentimientos de una insoportable frustración y de impotencia encuentran su salida en explosiones de agresividad hacia su figura de referencia (la mamá adoptiva) y en una ocasión hacia su conejito Pablito al que tanto quería. Estos episodios de descontrol emocional y conductual van seguidos de un profundo arrepentimiento y de vergüenza. Las ideas de suicidio han aparecido en su evolución como una salida a su desesperación, pero manifiesta sueños para el futuro y un amor y apego a muchos aspectos de la vida. Por otro lado, su capacidad para la introspección y su resiliencia dan luz a la perspectiva.

Por último, se incluyen las aportaciones que se han podido recoger de su trayectoria en la psicóloga en el circuito privado, tanto a través de conversación telefónica como a través del informe aportado por la madre. El informe del que se dispone es del 8 de

febrero del 2019 y la conversación telefónica es de dos meses después aproximadamente:

El seguimiento se inició en mayo del 2017. Destaca en África un desarrollo cognitivo y moral por encima de su edad que no se corresponde con su nivel de desarrollo socioafectivo. La presenta como una niña tímida, inhibida en sus relaciones con sus iguales y con dificultades para la socialización y la asertividad. Destaca la hipersensibilidad a la crítica y su tendencia a sentirse evaluada de forma constante, lo que le limita para la realización de exámenes. Se considera a sí misma incapaz de conseguir los objetivos académicos marcados, a pesar de los avances que ha presentado respecto al curso anterior. Se evidencia una baja autoestima a consecuencia de la fobia social. Gran dificultad para hablar sobre sus emociones, sobre todo en lo referente a su adopción. Miedo terrible al rechazo, característico de muchos niños y niñas adoptados/as que desarrollan una gran desconfianza hacia los otros.

África es consciente de sus cualidades, pero las muestra únicamente en situaciones percibidas como seguras. Si se siente evaluada, calma su miedo mediante la evitación y contención de su forma de pensar.

La relación con su madre es ambivalente. Por un lado, es su referente y por otro mantiene conductas de dependencia emocional.

Las conductas regresivas se mantienen y en los períodos de mayor estrés se intensifican llegando a alcanzar estados de disociación en los que aparece la intimidación y la conducta violenta como forma de control, no con intención de dañar.

Las mejoras identificadas a lo largo del tratamiento psicofarmacológico han sido intermitentes. El establecimiento del vínculo terapéutico ha sido posible y África ha sido capaz de profundizar y trabajar en muchos aspectos de su sufrimiento. Sin embargo, en relación a su propio proceso evolutivo y a distintos factores de estrés, sobretudo en el ámbito académico, se han evidenciado episodios de reagudización de la clínica depresiva con manifestaciones afectivas y conductuales, siendo el momento de derivación para valoración psiquiátrica el período en el que más riesgo se objetivó con la presencia de ideación autolítica.

Orientación diagnóstico-terapéutica

Inicialmente se presentó como un caso de mutismo y la orientación diagnóstica y terapéutica inicial se enfocó en ese sentido.

A medida que se sucedieron las entrevistas y se encontró la forma de comunicación se fue evidenciando más clínica.

África presentaba un rasgo de temperamento que a menudo se observa en el mutismo selectivo: la inhibición conductual, caracterizada por timidez, retraimiento y miedo a lo desconocido (5).

Se fue evidenciando un estado de ánimo deprimido, así como un nivel muy marcado de ansiedad. Las investigaciones realizadas han encontrado comorbilidad del mutismo selectivo con trastorno de ansiedad social en alrededor de un 90% de los casos (5). El mayor estudio hasta la fecha en niños con MS (n=130) encontró que la ansiedad social era la característica asociada más prominente (5).

No se objetivaron sin embargo rasgos negativistas. Ha habido controversia respecto a la comprensión de la conducta negativista que se observa en los niños con mutismo selectivo. Los niños con mutismo selectivo han sido descritos como controladores, obstinados y negativistas, lo que a menudo implica un problema primario en la dinámica familiar. Por lo tanto, el cambio en el DSM-5, donde el mutismo selectivo es entendido como un trastorno de ansiedad, más que una manifestación de comportamiento oposicionista, es significativo (5).

Intervención

El tratamiento que lleva pautado en la actualidad es fluoxetina 10mg/día y risperidona 3mg/día.

Respecto a la fluoxetina, inicialmente se consideró por ser el fármaco más estudiado en el mutismo. Existen dos ensayos de ciego pequeños, uno para la fluoxetina, y otro para la sertralina (5). En este punto de la evolución de África se consideró que sería beneficioso complementar la terapia psicológica que estaba recibiendo con terapia farmacológica dado que la interferencia del estado psicopatológico se reflejaba a nivel académico, social y familiar de forma marcada. No obstante, en las sucesivas entrevistas se evidenció

el estado de ánimo deprimido que también se podría beneficiar del tratamiento con fluoxetina.

La risperidona se inició con el objetivo de controlar la conducta y el nivel de ansiedad. Se ha ido ajustando la dosis en función por un lado de la evolución de los episodios de heteroagresividad y, por otro lado, de acuerdo a la somnolencia que le provocaba como secundarismo. De nuevo, la risperidona es el antipsicótico más estudiado en la población infanto-juvenil (5).

DISCUSIÓN

Este caso que empieza como un caso de mutismo en la evolución se pone de manifiesto que se trata de un episodio depresivo.

En primer lugar, es interesante hablar de la sintomatología que presenta África entre los 6 y los 10 años de edad. La madre describe esa época como la de mayor sufrimiento en la que predominaba la agresividad física hacia su madre y hacia objetos. Este período coincide con el inicio y casi el fin de la latencia que parece haber sido fallida en este caso. Se recoge así clínica compatible con un trastorno del apego que se habría manifestado durante la edad de la latencia y que se habría derivado del período previo de adopción.

Además del trastorno de apego que se manifiesta más durante la edad de latencia, se ha complicado en la adolescencia con un episodio depresivo de intensidad moderada a grave. En África el mutismo se presenta como un elemento propio de la sintomatología depresiva que no debe despistarnos de la detección de cuadros afectivos, en especial cuando el síntoma es tan prominente que no permite la exploración psicopatológica de la sintomatología subyacente.

Para poder entender mejor la evolución de África es importante recordar que el poder desorganizador de la vivencia de la adopción a los 18 meses de edad, por acontecer en un momento de la vida en el que el aparato mental del bebé no la puede asimilar, conforma experiencias que quedan registradas en el área de lo sensorial sin posibilidad de mentalización (6). Los recursos de los que dispone un niño adoptado para elaborar su identidad son deficitarios y no logran cumplir su función de autorregulación y de elaboración

de pérdida. Es esta fragilidad de la estructura psíquica del niño adoptado la que propiciará la aparición de patología psiquiátrica que en el caso de África se ha manifestado como un cuadro depresivo, propio, por otra parte, de los casos mejor organizados.

Otro aspecto a tener en cuenta es el hecho de que se trata de una familia monoparental en la que la ausencia de la referencia al otro, al tercero, ejerce un efecto desfavorable en la estructuración intensas en relación con el conflicto edípico (6).

No podemos dejar de mencionar el esfuerzo sobreañadido que tiene que llevar a cabo África por su pertenencia a una raza no caucásica y haber sido adoptada en nuestro medio. Tiene que elaborar su identidad a partir de unos rasgos físicos claramente diferentes que hablan de la no pertenencia al grupo, tanto el de los iguales como el de los padres con los que convive.

Es conveniente también recoger la disparidad de criterio entre la psicóloga y la madre en cuanto a la mejoría con el tratamiento psicofarmacológico. Con el inicio de la fluoxetina y la risperidona, la madre observó mejoría a nivel conductual con menos episodios de descontrol conductual y menor intensidad y duración de los mismos y también mejoría anímica que se presentó en forma de más momentos en los que sonreía, aumento de la comunicación y fluidez en casa y remisión de la ideación autolítica. En la consulta mejoró significativamente la comunicación en sus diversas formas, mediante palabras, dibujos, gestos y escritura, disminuyeron también de forma significativa los momentos en los que ocultaba su rostro y cada vez costaba menos que empezara a fluir la consulta en cada sesión.

La psicóloga que la trata desde hace años, sin embargo, no evidenció mejoría, al menos en el momento en que se ha escrito este caso, en el sentido de que no se ha conseguido una mejoría en la autoestima, ni en su estilo cognitivo rumiativo ni en las habilidades sociales.

CONCLUSIONES

Las deficiencias en la estructuración del psiquismo en los niños adoptados, así como los duelos no resueltos y el miedo a un nuevo abandono colocan a estos

niños en una posición de desventaja para afrontar las exigencias del desarrollo. El trabajo de la adolescencia implica la separación de las figuras de apego. Para ello necesita recurrir a sus recursos personales. Si hasta ese momento el niño se ha mostrado inseguro y desorganizado, en la adolescencia este malestar se va a intensificar precipitando cuadros clínicos como el episodio depresivo que atraviesa África.

Lo habitual es que la demanda se centre en hacer algo “con el niño”. Se considera que, tanto una psicoterapia individual como un trabajo parental son elementos necesarios. La prevención es la mejor herramienta para evitar la aparición de patología.

CONFLICTO DE INTERÉSES

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11); 2018.
2. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5th ed. Madrid: Editorial médica panamericana; 2014.
3. M. Wiener J KDM. Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia Barcelona: Elsevier Masson S.A.; 2006.
4. Igualdad MdSSSe. Guía de Práctica Clínica sobre la depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Guías de prácticas clínicas en el SNS. 2018..
5. Oerbeck B MKOKKH. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente ed la IACAPAP Ginebra; 2018.
6. Dualde Beltrán F. Adopción, pareabilidad y psicopatología. Cuando los duelos se encuentran. Rev. psicopatol. salud ment. niño adolesc. 2015; 26: 95–104.
7. Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatría Infantil. 4th ed. Barcelona: Toray-Masson; 1977.
8. Alonso C. Abordaje terapéutico con familias adoptantes. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2010;(49): 5–26.

9. Avellón Calvo M. Vínculos, identidad y desarrollo psíquico. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2015;(59): 25–30.
10. Caballo VE, Simón MA. Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente Madrid: Piramide; 2013.
11. Caballo VE, Simón MA. Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescentes. Trastornos específicos Madrid: Piramide; 2007.
12. Grau E, Mora, R.. Post-adopción. La importancia del entorno terapéutico. Informació Psicològica. 2010;(98): 4–11. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3084
13. Montserrat A, Muñoz MT. El abordaje terapéutico con familias adoptantes: nuevas formas de parentalidad. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2010; (50): 5–22. <https://www.sepypna.com/documentos/articulos/abordaje-terapeutico-familias-adoptantes2.pdf>
14. Ortiz P DMEE. La entrevista en salud mental infanto-juvenil (III): la valoración psicopatológica y estructural del niño. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17(65): p. e69–e82. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000100018>
15. Racker H. A contribution to the Problem of Counter Transference. Int. J. Psycho-Anal.. 1953;(34): 313–324. <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000846&a=Una-contribucion-al-problema-de-la-contratransferencia-Racker-H>
16. Sims A. Síntomas mentales. Introducción a la psicopatología descriptiva Mental FEdPyS, editor.: Triacastela.; 2008.
17. Vallejo J. Introducción A La Psicopatología Y La Psiquiatría. 8th ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2015.
18. Mirabent V, Ricart E. Adopción y vínculo familiar: Crianza, escolaridad y adolescencia en la adopción internacional: Herder; 2012.

Luis Ignacio Sordo Sordo (1939-2020)



Cuenta conmigo. Te alegrarás de haberme conocido. Aunque nunca me lo tuvo que transmitir explícitamente, siempre lo he sentido implícito en su actitud y en sus comportamientos, como persona, o médico y psiquiatra infantil, o Socio de Honor de AEPNyA al que siempre fue una fortuna y un honor tratar y conocer. También como Asturiano y Llanisco.

Terminada su especialidad de psiquiatría ya empezó a trabajar para la infancia y la adolescencia en el Centro Fray Bernardino, y desde la fundación del Hospital La Atalaya en 1971 estuvo trabajando allí como psiquiatra, Jefe de Servicio y ocasionalmente Director, hasta su incorporación a los Servicios de Salud Mental de Castilla-La Mancha para la Infancia y la Adolescencia en 1986, contribuyendo muy activamente a la organización, puesta en marcha y desarrollo de ambas instituciones. Allí se mantuvo en activo hasta su jubilación.

Ya en 1968 fue admitido como socio en AEPNyA (entonces Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil, SENPI), siendo nombrado Tesorero en la década siguiente, bajo la presidencia de Agustín Serrate; responsabilizándose de organizar en Madrid el VI Congreso de La Unión Europea de Paidopsiquiatras (actualmente ESCAP) en 1979. Por su buena gestión y la confianza en su capacidad repitió como Tesorero entre 1993 y 1996.

Además de la psiquiatría clínica especializada en menores, se interesó y formó en gestión de hospitales, completando el curso de Dirección y Administración Sanitaria en 1973 (Escuela Nacional de Sanidad), lo que hoy sería un Master, y el título de Gerente de Hospital en 1980 (Ministerio de Sanidad).

Cuando a un tierno residente de psiquiatría le presentan al Tesorero de la Asociación a la que pretende pertenecer, entonces Sociedad Española de NeuroPsiquiatría Infantil, y tiene esas sensaciones de cálida acogida, sin palabras distancia ceremonial ni ostentación alguna, nunca lo puede olvidar; y ese fue mi caso en 1978 en el Paseo Marítimo de Gijón durante la Reunión Anual de la, entonces SENPI, en su Asturias. Tengo la impresión de que ha sido una experiencia compartida por las personas de sus distintos entornos, y así lo he percibido en multitud de ocasiones. Únicamente he conocido a una paciente suya cuando ella era adolescente, y a una familia por él atendida, en ambos casos me confirmaron su buen hacer profesional (aquí estoy, cuenta conmigo), nada seductor y todo sugerente con rigurosos fundamentos científicos.

Su Asturias, Su Sociedad, Su Psiquiatría Infantil (y Juvenil), Sus amistades, encabezados todos por Su Familia, eran elementos siempre presentes en sus cálidas, entretenidas y jugosas conversaciones. En realidad esos posesivos han sido siempre transaccionales en el caso de Luis. Ha trabajado para, por y con su Asociación, su Psiquiatría, sus pacientes, sus colegas, amistades, familia....

Muchos hemos sido testigos de sus abiertas inquietudes científicas sobre la psiquiatría, de sus incontables participaciones como organizador de reuniones y congresos en Castilla La Mancha con su grupo regional de Salud Mental Infantil y Juvenil; igualmente en su Sociedad y luego Asociación, siendo Tesorero en ambas etapas, porque se le pedía reiteradamente dado su bien hacer y su capacidad de organización, con unas dotes para el encuentro de afanes comunes en los momentos difíciles de confrontación que también resultaban balsámicos y estaban implícitos en su funcionamiento personal. Sabía respetar, y hacerse respetar, probablemente porque vivía a todos como personas y no por sus cargos.

Socio desde los años 60s, eficiente Tesorero en los momentos de precarios ahorros con dificultades para cubrir los gastos fundamentales, Socio influyente por su *autoritas* ganada tras años de continua participación en el desarrollo de AEPNyA, afrontando los problemas y compartiendo soluciones, sin enfrentar personas sino ideas. Y finalmente, merecido Socio de Honor desde 1980 tras la conflictiva Asamblea de Gerona que él contribuyó a templar evitando posteriores rupturas. Hasta que los achaques se lo fueron impidiendo se mantenía activo y presente en reuniones, congresos y otras citas relacionadas con su psiquiatría infantil.

Efectivamente Luis, ha sido una alegría y un privilegio haberte conocido y convivir contigo.

Prudencio Rodríguez Ramos ¹⁹

Luis fue pionero de la psiquiatría infantil en España. Compaginó la consulta en el Hospital Fray Bernardino de Madrid del que era jefe de Servicio el Dr. Mendiguchia con los inicios del Hospital Psiquiátrico Nacional Infantil La Atalaya dirigido por el Dr. Díaz Mor y posteriormente por el Dr. Torres.

Fue Jefe de Servicio de Psiquiatría de la Atalaya. Imagen de la psiquiatría infantojuvenil. Teórico y gestor, aunque también clínico. Nunca se enfadaba con nadie y siempre conseguía las metas fijadas en el desempeño de su trabajo. Su carácter afable y cercano a sus compañeros hizo que no pasara desapercibido. Fue uno de los promotores del desarrollo de la Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia en España y figura importante en el origen de la Sociedad Española de Psiquiatría Infantojuvenil.

Francisco Javier Huertas Serna

Conocí a Luis Sordo cuando era una niña. En esa época no había un solo médico en Ciudad Real que no le conociera. Luis y mi padre eran psiquiatras en La Atalaya, un lugar lleno de niños, niñas y adolescentes con necesidades diversas, edificio con apariencia externa de sanatorio y un amplio jardín, espacios de terapia y ocio y sobre todo lleno de adultos que me hablaban con cariño y respeto, muy diferentes al resto de adultos con los que me encontraba en la escuela y otros lugares.

Recuerdo ir a la Atalaya con mi familia a esperar a mi padre al finalizar su jornada y que Luis me recibiera con su afable sonrisa. El ambiente cordial y amigable entre los profesionales sanitarios y no sanitarios era fácilmente reconocible hasta para una niña como yo. Recuerdo maravillarme con los guiñoles fabricados por los niños y niñas en terapia ocupacional y también sorprenderme con la familiaridad y cercanía con la que todos se dirigían a esos niños que necesitaban pasar tiempo en ese lugar tan singular que a mis ojos era muy acogedor.

Años después Luis siguió siendo para mí un amigo de mi padre y yo seguí siendo para Luis “la hija de Huertas”.

Luis viajaba a Madrid a reuniones científicas siempre que tenía oportunidad, con frecuencia acompañado de su mujer. Allí no perdía oportunidad para saludarme e interesarse por mi familia y por mi trayectoria profesional como psiquiatra infantojuvenil. Siempre me he alegrado de verle y a la vez que he crecido como persona y profesional, he visto cómo él se hacía mayor y despertaba a la vez respeto y ternura entre sus compañeros y amigos. No se me escapaba su cara de satisfacción cuando escuchaba a las jóvenes promesas de la psiquiatría infantojuvenil en alguna ponencia o reunión científica.

Sin lugar a dudas, Luis va a estar siempre con nosotros.

Abigail Huertas Patón

LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DE ENVÍOS

Como parte del proceso de envío, los autores/as están obligados a comprobar que su envío cumpla todos los requisitos que se muestran a continuación. Se devolverán a los autores/as aquellos envíos que no cumplan estas directrices.

- El manuscrito no ha sido publicado previamente ni se ha enviado ni está siendo considerado para su publicación por ninguna otra revista (o se ha proporcionado una explicación al respecto en los Comentarios al editor/director).
- El archivo de envío está en formato OpenOffice, Microsoft Word, RTF o WordPerfect.
- El texto se presenta a doble espacio y con tamaño de fuente de 12 puntos. Debe utilizarse cursiva en lugar de subrayado (excepto en las direcciones URL).
- El texto cumple los requisitos estilísticos y bibliográficos resumidos en las **Directrices para los autores**.
- Se ha especificado la Sección de la Revista a la que se desea adscribir el manuscrito: Artículo de Revisión, Artículo Original o Caso Clínico.
- Se ha incluido una página titular incluyendo: título, lista de autores, número ORCID (www.orcid.org) correspondiente a los autores, nombre y dirección de los centros a los que pertenecen los autores, financiación recibida, teléfono, e-mail. Esta página debe enviarse en un archivo separado del que contenga el manuscrito.
- El manuscrito contiene un resumen en español, resumen en inglés y un máximo de 5 palabras clave en español e inglés.
- Cada una de las tablas, ilustraciones y figuras se presenta correctamente numerada en un archivo independiente. Preferiblemente, en formato xls

o xlsx para tablas y gráficos, y en formato jpg, png o tiff si son fotografías o ilustraciones. En el manuscrito se especificará la localización aproximada para cada una de ellas.

- La bibliografía sigue las directrices señaladas en estas Normas de Publicación (no hacerlo podrá ser motivo de no aceptación)
- Siempre que sea posible, se han proporcionado los DOI para las referencias. En el caso de ser referencias web, se ha proporcionado la URL.
- Los autores han incluido las responsabilidades éticas y los conflictos de interés.
- Los casos clínicos se acompañan de un consentimiento informado, siguiendo las indicaciones del Committee on Publication Ethics (COPE). Se puede obtener un modelo de consentimiento informado en la página web de la revista.

DIRECTRICES PARA AUTORES/AS

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* (abreviado: Rev Psiquiatr Infanto-Juv), de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). Tiene la finalidad de participar, a través de su publicación, en la mejora de la calidad de la asistencia clínica, la investigación, la docencia y la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la psiquiatría del niño y el adolescente. Por ello, está interesada en la publicación de manuscritos que se basen en el estudio de estos contenidos desde diversos puntos de vista: genético, epidemiológico, clínico, psicoterapéutico, farmacológico, socio-sanitario, etc., así como desde el punto de vista social, cultural y económico.

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* considerará para publicación el envío de manuscritos para las siguientes Secciones: Artículos Originales,

Artículos de Revisión, Casos Clínicos, Comentarios Breves y Cartas al Director.

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* se adhiere a los Requisitos Uniformes para Manuscritos presentados a Revistas Biomédicas (5ª edición) Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, las Normas de Vancouver, 1997 y los alineamientos del [Committee on Publication Ethics \(COPE\)](#) en ética de la publicación.

Los originales para publicación deberán ser enviados a través del sistema disponible en la [página web de la Revista](#), en la sección “Envíos”. Habrá que revisar periódicamente la web para ver la situación del artículo.

Estas Normas de Publicación recogen los aspectos generales más utilizados en la redacción de un manuscrito. En aquellos casos en que estas normas sean demasiado generales para resolver un problema específico, debe consultarse la página web del International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>, en castellano <http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2016.pdf>)

Los originales se presentarán a doble espacio y con márgenes suficientes, escritos en cualquier procesador de texto estándar (preferiblemente en WORD). Las hojas irán numeradas. Se enviarán al menos 3 documentos independientes, por un lado una Carta de Presentación, la Página del Título y por otro el Manuscrito. Todos los documentos se enviarán de manera independiente para favorecer el proceso de revisión por pares. Si existen imágenes, tablas o figuras, cada una se enviará con un archivo aparte y numerado.

La Carta de presentación del manuscrito irá dirigida a la dirección de la revista para presentar el artículo brevemente y su interés en ser publicado.

La Página del Título debe incluir, en el orden que se cita, la siguiente información:

- a) Título original (en español e inglés).
- b) Inicial del nombre y apellidos completos del autor/autores.
- c) Nombre del Centro de trabajo. Población. País.
- d) Dirección del primer firmante y del autor al que se deba dirigir la correspondencia (incluyendo una dirección de correo electrónico institucional).
- e) Número [ORCID](#) de los autores
- f) Si el trabajo ha sido realizado con financiación, debe incluirse el origen y código proporcionado por la entidad financiadora.
- g) Si una parte o los resultados preliminares del trabajo han sido presentados previamente en

reuniones, congresos o simposios, debe indicarse su nombre, ciudad y fecha, y deberá remitirse con el manuscrito el trabajo presentado, para certificar que el original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

El manuscrito debe incluir el Título completo, Resumen, Palabras Clave y el texto completo del artículo con sus diferentes secciones.

El resumen se hará en español e inglés y tendrá una extensión máxima de unas 250 palabras. Presentará una estructuración similar a la del manuscrito (ej., en el caso de artículos originales, Introducción, Objetivos, Material, Métodos, Resultados y Conclusiones). Para las secciones de Casos Clínicos y Comentarios Breves se incluirá un resumen de 150 palabras aproximadamente sin necesidad de estructuración.

Se incluirán hasta un máximo de cinco **Palabras Clave** elegidas de acuerdo con las normas de los índices médicos de uso más frecuente ([Medical Subject Headings](#)), de tal manera que el trabajo pueda codificarse a través de ellas.

En general, es deseable el mínimo de abreviaturas en el texto aunque se aceptan los términos empleados internacionalmente. Las abreviaturas serán definidas en el momento de su primera aparición. Cuando existan tres o más abreviaturas se recomienda su listado en una tabla presentada en hoja aparte.

Los fármacos deben mencionarse por su nombre genérico. Se recomienda el uso de la nomenclatura basada en neurociencia (Neuroscience-based Nomenclature, NbN-2) para referirse a los fármacos (<http://nbn2r.com/>).

El aparataje utilizado para realizar técnicas de laboratorio y otras deben ser identificados por la marca y la dirección de sus fabricantes.

Los instrumentos de evaluación deben ser identificados por su nombre original, el traducido al español si existiera, su/s autor/es, año, e indicaciones sobre cómo obtenerlo (editorial, web de origen, etc.) y deberá incluirse la referencia correspondiente.

Los manuscritos pueden ser enviados para cualquiera de las Secciones de la Revista. No obstante, será el Comité Editorial quien tomará la decisión definitiva respecto a la Sección correspondiente a cada manuscrito.

Los manuscritos aceptados quedarán como propiedad permanente de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, y no podrán ser reproducidos parcial o totalmente sin permiso del comité editorial de la misma. Todos los manuscritos deben ser inéditos, y no se aceptarán trabajos publicados en otra revista. Los autores autorizan a que se publiquen los manuscritos

con licencia Creative Commons CC-BY-NC-ND 4.0. Si en algún artículo hubiera interés o fin comercial, se cederían los derechos a la Revista de Psiquiatría infanto-juvenil y la AEPNyA.

Todos los artículos deben acompañarse de una declaración de todos los autores del trabajo, manifestando que:

- 48 • El manuscrito es remitido en exclusiva a la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil y no se ha enviado simultáneamente a cualquier otra publicación (ni está sometido a consideración), y no ha sido publicado previamente todo ni en parte. Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos o simposios. En tal caso debe indicarse su nombre, ciudad y fecha de realización, y confirmar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.
- Los autores son responsables de la investigación.
 - Los autores han participado en su concepto, diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección, así como que aprueban el texto final enviado.
 - Los autores, en caso de aceptarse el manuscrito para su publicación, ceden sus derechos sobre el mismo en favor de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, que detendrá en adelante su propiedad permanente.

Los autores deberán especificar obligatoriamente si hay algún conflicto de interés en relación a su manuscrito. Especialmente, en estudios con productos comerciales los autores deberán declarar si poseen (o no) acuerdo alguno con las compañías cuyos productos aparecen en el manuscrito enviado o si han recibido (o no) ayudas económicas de cualquier tipo por parte de las mismas. Si el trabajo ha sido financiado, debe incluirse el origen y código correspondiente a dicha financiación.

Esta es una revista que sigue un proceso de revisión por pares para la aceptación de manuscritos. Para favorecer la imparcialidad se requiere que el nombre de los autores y la filiación estén separados del resto del manuscrito, como se ha explicado previamente. El manuscrito será inicialmente examinado por el Comité Editorial, y si se considera susceptible de aceptación lo revisará y/o lo remitirá, en caso de considerarse necesario, a al menos dos revisores externos considerados expertos en el tema.

El Comité Editorial, directamente o una vez atendida la opinión de los revisores, se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer las modificaciones de los mismos que considere necesarias. Antes de la publicación en versión impresa o electrónica del artículo, el autor de correspondencia recibirá por correo electrónico las galeradas del mismo para su corrección, que deberán ser devueltas en el plazo de los 7 días siguientes a su recepción. De no recibirse correcciones de las galeradas por parte de los autores en este plazo (o una notificación de la necesidad de ampliarlo por razones justificadas), se entenderá que dichas pruebas se aceptan como definitivas.

La editorial remitirá a cada uno de los autores que haya facilitado su correo electrónico copia facsimilar digital en PDF de cada trabajo.

SECCIONES DE LA REVISTA

1. ARTÍCULOS ORIGINALES

Se considerarán tales los trabajos de investigación originales sobre cualquiera de las áreas de interés de la Revista. Como normal general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, con la siguiente estructura:

1. Página de título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente
2. En el archivo del manuscrito:
 - 2.1. Título, resumen y Palabras clave (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
 - 2.2. Introducción, en la que se revise el estado de la cuestión y se incluyan los objetivos y/o las hipótesis del trabajo
 - 2.3. Material y Métodos, con la descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos
 - 2.4. Resultados, con una exposición concisa de los datos obtenidos
 - 2.5. Discusión
 - 2.6. Conclusiones
 - 2.7. Agradecimientos
 - 2.8. Conflictos de interés y cumplimientos éticos
 - 2.9. Agradecimientos, si los hubiere
 - 2.10. Referencias

En el caso de tratarse de ensayos clínicos, la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a las condiciones definidas por la Declaración de Helsinki y sus ulteriores enmiendas (www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf), también desarrolladas en los Uniform

Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2016.pdf>). Para la publicación de ensayos clínicos, éstos deberán estar registrados en un registro público, en incluirse la información de registro (número de registro NCT o Eudra-CT) en la sección de Métodos del manuscrito. Si el registro no tuvo lugar antes de comenzar el ensayo, deberá remitirse una copia de la aprobación del protocolo de las autoridades sanitarias de los países en los que se desarrolla la investigación experimental

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Se considerarán tales los trabajos fruto de una investigación donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un área de interés de la Revista, con el fin de dar cuenta de sus avances y las tendencias de desarrollo. Se caracterizarán por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica, y serán preferentemente revisiones sistemáticas.

Como normal general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, y este debe estructurarse bajo la siguiente secuencia:

1. Página del Título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente
2. En el documento del manuscrito:
 - 2.1. Título, Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
 - 2.2. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo
 - 2.3. Justificación y/o Objetivos de la Revisión
 - 2.4. Métodos, de realización de la búsqueda y revisión bibliográfica
 - 2.5. Resultado (la revisión propiamente dicha)
 - 2.6. Discusión
 - 2.7. Conclusiones
 - 2.8. Agradecimientos
 - 2.9. Conflictos de interés y cumplimientos éticos
 - 2.10. Referencias

3. CASOS CLÍNICOS

Se considerarán tales los originales con tamaño muestral limitado, o que describan casos clínicos que supongan una aportación importante al conocimiento en el campo de la Psiquiatría del niño y el adolescente, o que revisen brevemente aspectos concretos de interés para los contenidos de la Revista.

Los trabajos publicados como Casos Clínicos tendrán una extensión máxima de 10 folios, incluyendo

las citas bibliográficas y pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas. Se estructurarán bajo la siguiente secuencia:

1. Página de Título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente
2. En el documento del manuscrito:
 - 2.1. Título, Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
 - 2.2. Descripción del caso clínico, o desarrollo del comentario
 - 2.3. Discusión, que incluya una revisión bibliográfica de los casos relacionados publicados previamente
 - 2.4. Conclusiones
 - 2.5. Agradecimientos
 - 2.6. Conflictos de interés y cumplimientos éticos
 - 2.7. Referencias

4. CARTAS AL DIRECTOR

En esta sección se admitirán comunicaciones breves y comunicaciones preliminares que por sus características puedan ser resumidas en un texto breve, así como aquellos comentarios y críticas científicas en relación a trabajos publicados en la Revista, y, de forma preferiblemente simultánea, las posibles réplicas a estos de sus autores, para lo cual les serán remitidas las Cartas antes de su publicación (derecho a réplica). La extensión máxima será de 750 palabras, el número de referencias bibliográficas no será superior a 10, y se admitirá, de ser necesario, una figura o una tabla.

5. NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

En esta sección se incluirán comentarios sobre obras relevantes por sus contenidos acerca de las áreas de interés de la Revista. Las notas bibliográficas se realizarán por invitación del Comité Editorial a expertos en el campo de interés.

6. AGENDA

La sección de Agenda podrá contener notas relativas a asuntos de interés general, congresos, cursos y otras actividades que se consideren importantes para los lectores de la Revista.

7. NÚMEROS MONOGRÁFICOS

Se podrá proponer por parte de autores socios de AEPNYA o del Comité Editorial la confección de números monográficos. En cualquier caso, el Comité Editorial y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos. Las contribuciones a los números monográficos serán sometidas a revisión por pares. Los números monográficos podrán ser

considerados números extra o suplementarios de los números trimestrales regulares.

SOBRE EL CONTENIDO

TABLAS Y FIGURAS

Las tablas deben estar numeradas de forma correlativa en función del orden de aparición en el texto empleando números arábigos, y deben contener el correspondiente título describiendo su contenido, de forma que sean comprensibles aisladas del texto del manuscrito. También deberán explicarse a pie de tabla las siglas utilizadas. Deben citarse en el texto donde corresponda (por ejemplo: 'Ver Tabla 1').

Los gráficos y figuras deberán presentarse en formato electrónico adecuado (preferiblemente jpg o tiff), y en blanco y negro. Se asignará una numeración independiente a las de las tablas empleando también números arábigos y estarán debidamente citados en el texto (por ejemplo: 'Ver Figura 1'). Los gráficos y figuras deben tener un título describiendo su contenido. También deberán explicarse a pie de tabla las siglas utilizadas.

REFERENCIAS

Las referencias bibliográficas se presentarán al final del manuscrito. Se numerarán por orden de aparición en el texto, y el número arábigo que corresponda a cada una será el que se utilizará en el texto (en forma de números entre paréntesis y de igual tamaño que el resto del texto) para indicar que ese contenido del texto se relaciona con la referencia reseñada. Se recomienda incluir en la Bibliografía trabajos en español, si los hubiera, considerados de relevancia por los autores, y en especial de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Las citas deben ajustarse a las siguientes normas generales (normas de Vancouver: <http://www.icmje.org> en castellano <http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2016.pdf>):

1. Apellido(s) e inicial(es) del autor/es* (sin puntuación y separados por una coma). Título completo del artículo en lengua original. Abreviatura** internacional de la revista seguida del año de publicación, volumen (número***), página inicial y final del artículo y DOI (Dunn J, Reid G, Bruening M. Techniques for phosphopeptide enrichment prior to analysis by mass spectrometry. *Mass Spectr Rev.* 2010; 29: 29-54. <https://doi.org/...>).

*Se mencionarán todos los autores cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse los seis primeros y añadir después las palabras "et

al.". Un estilo similar se empleará para las citas de los libros y capítulos de libros.

**Las abreviaturas internacionales de las revistas pueden consultarse en la "List of Journals Indexed in Index Medicus", (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>).

*** El número es optativo si la revista dispone de n° de volumen.

2. Libro: Autor/es o editor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año (Hassani S. *Mathematical physics. A modern introduction to its foundations.* New York: Springer-Verlag; 1999).
3. Capítulo de libro: Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/es o Recopilador/es o Editor/es del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo (Tsytoovich VN, de Angelis U. *The kinetic approach to dusty plasmas.* En: Nakamura Y, Yokota T, Sukla PK. *Frontiers in dusty plasmas.* Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 21-28).
5. Comunicaciones a Congresos, Reuniones, etc.: Autor/es. Título completo de la comunicación. En: nombre completo del Congreso, Reunión, etc. Lugar de celebración, fechas (Coon ET, Shaw BE, Spiegelman M. *Impacts of faulty geometry on fault system behaviors.* 2009 Southern California Earthquake Center Annual Meeting. Palm Springs, California. September 12-16, 2009).
4. Citas electrónicas: consultar <http://www.ub.es/biblio/citae-e.htm>. Formato básico: Autor de la página. (Fecha de publicación o revisión de la página, si está disponible). Título de la página o lugar. [Medio utilizado]. Editor de la página, si está disponible. URL [Fecha de acceso] (Land, T. *Web extension to American Psychological Association style (WEAPAS)* [en línea]. Rev. 1.4. <<http://www.beadsland.com/weapas>> [Consulta: 14 marzo 1997].

Si una referencia se halla pendiente de publicación deberá describirse como [en prensa], siendo responsabilidad de los autores la veracidad de esta.

REVISIÓN Y REVISIÓN EXTERNA (PEER REVIEW)

Se remitirán a revisión externa todos los manuscritos no rechazados en primera instancia por el Comité Editorial. Los manuscritos se remiten al menos a dos revisores considerados como expertos por la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. La elección de los revisores

para cada trabajo se realizará atendiendo al contenido del manuscrito. Dependiendo de los contenidos del manuscrito podrán solicitarse evaluaciones especializadas técnicas, estadísticas y farmacológicas, cuando los trabajos se refieran a ensayos clínicos y utilización de fármacos. En cualquier caso, todo el proceso de revisión será confidencial y anónimo. Se remitirá a los revisores externos los manuscritos sin la autoría.

A través de los informes realizados por los revisores, el Comité Editorial tomará la decisión de publicar o no el trabajo. Podrá solicitar a los autores la aclaración de algunos puntos o la modificación de diferentes aspectos del manuscrito. En este caso, el autor cuenta con un plazo máximo de un mes para remitir una nueva versión con los cambios propuestos. Pasado dicho plazo, si no se ha recibido una nueva versión, se considerará retirado el artículo. Asimismo, el Comité Editorial puede proponer la aceptación del trabajo en un apartado distinto al propuesto por los autores.

La editorial revisará los aspectos formales del trabajo descritos en estas normas. Un manuscrito puede ser devuelto a sus autores por incumplimiento de las normas de presentación.

Una vez aceptados los trabajos, los manuscritos se someten a una corrección morfolingüística y de estilo. Los autores podrán comprobar los cambios realizados al recibir las galeradas, aprobar dichos cambios o sugerir modificaciones.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

A través de este sitio web no se recaban datos de carácter personal de los usuarios sin su conocimiento, ni se ceden a terceros.

El portal del que es titular la AEPNyA contiene enlaces a sitios web de terceros, cuyas políticas de privacidad son ajenas a la de la AEPNyA. Al acceder a tales sitios web usted puede decidir si acepta sus políticas de privacidad y de cookies. Con carácter general, si navega por internet usted puede aceptar o rechazar las cookies de terceros desde las opciones de configuración de su navegador.

Información básica sobre protección de datos

A continuación le informamos sobre la política de protección de datos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Los datos de carácter personal que se pudieran recabar directamente del interesado serán tratados de forma confidencial y quedarán incorporados a la

correspondiente actividad de tratamiento titularidad de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNyA).

FINALIDAD

Los datos de carácter personal que se pudieran recabar directamente del interesado serán tratados de forma confidencial y quedarán incorporados a la correspondiente actividad de tratamiento titularidad de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNyA).

La finalidad del tratamiento de los datos obtenidos a través del formulario de contacto es la gestión de las solicitudes de información.

LEGITIMACIÓN

La legitimación para el tratamiento de los datos de envío de un artículo y los obtenidos a través del formulario de contacto es el consentimiento del titular de los datos.

CÓDIGO DE ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* tiene como objetivo mejorar cada día sus procesos de recepción, revisión, edición y publicación de artículos científicos. Es por ello que, además de cumplir con la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica y con la Declaración de Helsinki y sus posteriores enmiendas, adopta los lineamientos de Committee on Publication Ethics (COPE) en Ética de la publicación para evitar las malas conductas en la publicación, adoptar procedimientos ágiles de corrección y retractación y garantizar a los lectores que todos los artículos publicados han cumplido con los criterios de calidad definidos. Son consideradas malas conductas y causales de rechazo del manuscrito en cualquier etapa del proceso de publicación:

1. La publicación redundante
2. Plagio
3. Falsificación de datos (fotografías, estadísticas, gráficos, etc.)
4. Falsificación de información (filiación de los autores, firmas, etc.)
5. Suplantación y falsificación de autoría

DEBERES DE LOS AUTORES

NORMAS DE INFORMACIÓN

Los autores de los artículos originales deben presentar una descripción precisa del trabajo realizado, los

resultados obtenidos (que deben ser expuestos de forma objetiva y reflejar verazmente los datos subyacentes), así como una discusión de su importancia en el contexto de la evidencia previa. Son inaceptables las declaraciones fraudulentas a sabiendas o inexactas y constituirán un comportamiento poco ético.

LA ORIGINALIDAD Y EL PLAGIO

Los autores deben asegurarse de que han escrito obras totalmente originales, y si los autores han utilizado el trabajo y / o las palabras de los demás, que ésta ha sido debidamente citado o citada. El plagio en todas sus formas constituye una conducta poco ética editorial y es inaceptable. Se utilizará un sistema de detección de plagio previo a la revisión de los manuscritos enviados a la revista.

LA PUBLICACIÓN MÚLTIPLE, REDUNDANTE O CONCURRENTE

Un autor no debería en general publicar los manuscritos que describen esencialmente la misma investigación en más de una revista o publicación primaria. Presentar el mismo manuscrito a más de una revista al mismo tiempo que constituye un comportamiento poco ético y su publicación es inaceptable.

En general, un autor no debe someter a consideración en otra revista un artículo previamente publicado. La publicación de algunos tipos de artículos (por ejemplo, guías clínicas, traducciones) en más de una revista puede estar justificado en algunas ocasiones, siempre que se cumplan determinadas condiciones. Los autores y editores de las revistas interesadas deben ponerse de acuerdo para la publicación secundaria, que debe reflejar los mismos datos y la interpretación del documento principal.

RECONOCIMIENTO DE LAS FUENTES

Siempre debe respetarse y dar un reconocimiento adecuado al trabajo de los demás. Los autores deben citar las publicaciones que han influido en la justificación, diseño y desarrollo del trabajo presentado, así como las correspondientes a los instrumentos y métodos específicos empleados, de estar disponibles. La información obtenida en privado, como en la conversación, correspondencia, o la discusión con terceros, no debe ser utilizada o ser comunicada sin el permiso explícito y por escrito de la fuente. La información obtenida en el curso de los servicios confidenciales, tales como el arbitraje o solicitudes de subvención no debe ser utilizada sin el permiso explícito por escrito del autor de la obra involucrada en estos servicios.

LA AUTORÍA DEL DOCUMENTO

La autoría debe limitarse a aquellos que han hecho una contribución significativa a la concepción, diseño, ejecución o interpretación del presente estudio. Todos los que han hecho contribuciones significativas deben aparecer como co-autores. Cuando hay otras personas que han participado en ciertos aspectos sustantivos del proyecto de investigación, deben ser reconocidos o enumerados como colaboradores. El autor que se encargue de la correspondencia (autor de correspondencia) debe asegurarse de que todos los coautores han leído y aprobado la versión final del manuscrito y están conformes con su presentación para su publicación.

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

Todos los autores deben revelar en su manuscrito cualquier conflicto de tipo financiero o de otro tipo de intereses que pudiera ser interpretado para influir en los resultados o interpretación de su manuscrito. Deben mencionarse todas las fuentes de apoyo financiero que haya recibido el proyecto que se presenta en la publicación.

Como ejemplos de posibles conflictos de interés que deben ser descritos cabe mencionar el empleo, consultorías, propiedad de acciones, honorarios, testimonio experto remunerado, las solicitudes de patentes / registros, y las subvenciones u otras financiaciones.

DEBERES DE LOS EDITORES

DECISIONES SOBRE LA PUBLICACIÓN

El director/editor de la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* es responsable de decidir cuáles de los artículos presentados a la revista deben publicarse. La validez científica de la obra en cuestión y su relevancia para los investigadores, clínicos y otros lectores siempre deben guiar este tipo de decisiones. El editor se basa en las políticas del Comité Editorial de la revista con las limitaciones previstas por los requisitos legales relativos a la difamación, violación de derechos de autor y plagio. El editor puede delegar en otros editores o revisores la toma de esta decisión.

JUEGO LIMPIO

Un editor debe evaluar los manuscritos para su contenido intelectual, sin distinción de raza, género, orientación sexual, creencias religiosas, origen étnico, nacionalidad, o la filosofía política de los autores.

CONFIDENCIALIDAD

El editor/director de la Revista y todo el personal del Comité editorial no deben revelar ninguna información acerca de un manuscrito enviado a nadie más que al autor de correspondencia, los revisores, los revisores potenciales, asesores de otras editoriales, y el editor, según corresponda.

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

Los miembros del Comité editorial no podrán emplear contenidos no publicados que figuren en un manuscrito enviado en la investigación propia sin el consentimiento expreso y por escrito del autor.

La información privilegiada o ideas obtenidas mediante la revisión paritaria debe ser confidencial y no utilizarse para beneficio personal de los revisores/editores.

Los editores/revisores se inhibirán de considerar y revisar manuscritos en los que tienen conflictos de intereses derivados de la competencia, colaboración, u otras relaciones o conexiones con cualesquiera de los autores, empresas o instituciones relacionadas con los manuscritos.

Los editores les solicitan a todos los articulistas revelar los conflictos de intereses relevantes y publicar correcciones si los intereses surgieron después de la publicación. Si es necesario, se adoptarán otras medidas adecuadas, tales como la publicación de una retracción o manifestación del hecho.

La revista de *Psiquiatría Infanto-Juvenil* se asegura de que el proceso de revisión por pares de los números especiales es el mismo que el utilizado para los números corrientes de la revista. Estos números deben aceptarse únicamente sobre la base de los méritos académicos y del interés para los lectores.

Las secciones que están regidas por la evaluación por pares están claramente identificadas.

DEBERES DE LOS REVISORES

CONTRIBUCIÓN A LAS DECISIONES EDITORIALES

La revisión por pares es un componente esencial de la comunicación académica formal y está en el centro del método científico. La revisión por pares ayuda al editor a tomar decisiones editoriales. Las comunicaciones editoriales con el autor también pueden ayudar a los autores a mejorar el artículo. La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* comparte la opinión de que todos los académicos y autores que desean contribuir a las publicaciones tienen la obligación de hacer una buena

parte de la revisión, de ahí que se solicite a los autores de artículos de la *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*, su ayuda en revisar manuscritos.

PRONTITUD

Cualquier revisor seleccionado que se sienta incompetente para revisar la investigación reportada en un manuscrito o sepa que su revisión será imposible en un plazo razonable de tiempo debe notificar al editor/director mediante la web de la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*: www.apenya.eu

CONFIDENCIALIDAD

Todos los manuscritos recibidos para su revisión deben ser tratados como documentos confidenciales. No deben ser mostrados o discutidos con otros.

NORMAS DE OBJETIVIDAD

Las revisiones deben realizarse objetivamente. La crítica personal del autor es inapropiada. Los revisores deben expresar claramente sus puntos de vista con argumentos para apoyar sus afirmaciones.

RECONOCIMIENTO DE FUENTES

Los revisores deben ser capaces de identificar trabajos publicados relevantes que no hayan sido citados por los autores. Cualquier declaración por parte de los revisores de que una observación o argumento ha sido reportado previamente debe ir acompañada de una cita a la/s referencia/s pertinente/s. Los revisores también deben llamar la atención del editor/director en relación con cualquier semejanza sustancial o superposición entre el manuscrito en consideración y cualquier otro documento publicado del que tengan conocimiento personal.

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

Los materiales no publicados revelados en un manuscrito enviado no deben ser utilizados en la investigación de un revisor, sin el consentimiento expreso por escrito del autor. La información privilegiada o las ideas obtenidas a través de la revisión por pares deben mantenerse confidenciales y no usarse para beneficio personal. Los revisores no deben evaluar los manuscritos en los cuales tienen conflictos de intereses resultantes de relaciones competitivas, colaborativas u otras relaciones con cualquiera de los autores, compañías o instituciones relacionadas con los documentos.