

ARTICULO DE REVISIÓN

Hipocondría en la infancia y adolescencia. Revisión bibliográfica

S Gómez Vallejo, I M Alonso González, R Pérez Moreno, D M Moreno Pardillo 7

ARTICULO ORIGINAL

Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: 7 años de seguimiento

Á Fernández-Quintana, A Novo-Ponte, C Quiroga-Fernández, R Méndez-Iglesias, C Pereiro-Gómez 17

CASO CLÍNICO

“QUIERO SER COMO JEFF, THE KILLER” lo disocial en menores, un diagnóstico difícil

R Hernández Antón, So Gómez Sánchez, B Mongil López, S Geijo Uribe, I Sevillano Benito, G Isidro García 31

“Pastillas para la tensión”. La repercusión de la familia en el adolescente

S. Gómez Sánchez, I. Sevillano Benito, R. Hernández Antón, S. Geijo Uribe, Beatriz Mongil López, F. De Uribe Ladrón de Cegama 38

Síndrome de Deleción 22q11.2 y su asociación con Trastornos Psiquiátricos. A propósito de un caso

Í Alberdi Páramo, A Ladrón Jiménez, N Gutiérrez Fernández R Pérez Moreno 43

NORMAS DE PUBLICACIÓN 48



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

Miembro de la European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP)

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

Óscar Herreros Rodríguez
(direccion.revista@aepnya.org)

Secretaría

Kristian Naenen Hernani

COMITÉ EDITORIAL

Francisco de Sande Díaz (Lanzarote)
Enrique Ortega García (León)
Antonio Pelaz Antolín (Madrid)
José Alfredo Mazaira Castro
(Santiago de Compostela)
Xavier Gastaminza Pérez (Barcelona)
Rafael de Burgos Marín (Córdoba)
Francisco Ruiz Sanz (Palencia)
Belén Rubio Morell (Madrid)
Josué Monzón Díaz (Bilbao)
Francisco Díaz Atienza (Granada)

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

Presidenta: *Dolores M^a Moreno*

Vice-presidente: *José Ángel Alda*

Secretario: *Carlos Imaz*

Tesorera: *Beatriz Payá*

Presidenta Comité Científico: *Luisa Lázaro*

Presidente Comité Publicaciones Medios de

Comunicación: *Belén Rubio*

Vocales: *Rafaela Caballero, Pilar Baos y Kristian Naenen*

COMISIÓN DE REDACCIÓN

J.R. Gutiérrez Casares ... Ex-director RPIJ

Luisa Lázaro ... Presidenta

Comisión Científica AEPNYA

Belén Rubio Presidente del Comité de Publicaciones

J. Toro i Trallero Miembro Electo por la AEPNYA

Asociación fundada en 1950.
Revista fundada en 1983.
Revista indexada en el Índice Médico Español, en Bibliomed y en el IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud)

Secretaría de Redacción

Óscar Herreros Rodríguez

C/ Almechiche 28

Churriana de la Vega

18194 - Granada

direccion.revista@aepnya.org

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:

editorial
SELENE

C/Jérez, 21

28231 Las Rozas (Madrid)

Tif.: (91) 6395965

www.editorialselene.com

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

J. Córdoba Rodríguez

J. de Moragas Gallisa

C. Vázquez Velasco

L. Folch i Camarasa

A. Serrate Torrente

F.J. Mendiguchía Quijada

M. de Linares Pezzi

V. López-Ibor Camós

J. Rom i Font

J. Tomás i Vilaltella

J.L. Alcázar Fernández

M. Velilla Picazo

M.J. Mardomingo Sanz

M. D. Domínguez Santos

Josefina Castro Fornieles

Copyright 2018

© Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Selene Editorial.

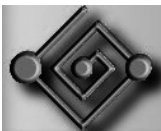
Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Depósito legal: M-6161-2015

ISSN:1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

Miembro de la European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP)

SUSCRIPCIÓN ANUAL (4 números al año)

IMPORTE

ESPAÑA 100 €

ESTUDIANTES/MIRES 70 €

EXTRANJERO 190 €

Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN A:

SELENE Editorial

C/ Jeréz, 21

28231 Las Rozas (Madrid)

Tlf.: 91 6395965

email: mpazle@seleneeditorial.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos

Dirección N° Piso

Cód. Postal Población

Provincia Especialidad

NIF email

FORMA DE PAGO:

CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO

DOMICILIACIÓN BANCARIA

.....

ORDEN DE PAGO, DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta

Banco C/C N°

Caja de ahorros C/C N°

Sucursal Calle N°

Cód. Postal Población

Provincia Teléfono

Ruego a Vds. tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por SELENE Editorial (Rev. de Psiquiatría Infanto-Juvenil

..... de de

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

REVIEW ARTICLES

Hypochondriasis in children and adolescents. A review of the literature

S Gómez Vallejo, I M Alonso González, R Pérez Moreno, D M Moreno Pardillo **7**

ORIGINAL

A 7-year follow-up study of Child and Adolescent Mental Health Emergencies

Á Fernández-Quintana, A Novo-Ponte, C Quiroga-Fernández, R Méndez-Iglesias, C Pereiro-Gómez **17**

CASE REPORTS

“I WANT TO BE LIKE JEFF, THE KILLER” The disocial in minors, a difficult diagnosis

R Hernández Antón, So Gómez Sánchez, B Mongil López, S Geijo Uribe, I Sevillano Benito, G Isidro García **31**

“Medicines for stress”. The impact of the family on the adolescent

S. Gómez Sánchez, I. Sevillano Benito, R. Hernández Antón, S. Geijo Uribe, Beatriz Mongil López, F. De Uribe Ladrón de Cegama **38**

22q11.2 Deletion Syndrome and Psychiatric Disorders

Í Alberdi Páramo, A Ladrón Jiménez, N Gutiérrez Fernández R Pérez Moreno **43**

NORMAS DE PUBLICACIÓN **48**

S Gómez Vallejo¹, I M Alonso González¹,
R Pérez Moreno², D M Moreno Pardillo¹

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón,
Madrid, España.

² Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Correspondencia:

Sandra Gómez Vallejo
Hospital General Universitario Gregorio Marañón,
Ibiza 43, Madrid 28009, España.
E-mail: sgomezv@salud.madrid.org

*Hipocondría en la infancia
y adolescencia. Revisión
bibliográfica*

*Hypochondriasis in children
and adolescents. A review of
the literature*

RESUMEN

El trastorno hipocondríaco se describe como la preocupación excesiva por padecer una enfermedad. Como ocurre con otros trastornos psiquiátricos, la ausencia de pruebas complementarias analíticas o de imagen para el diagnóstico complica su estudio, y el debate acerca de sus características es constante. En el caso de niños y adolescentes, los estudios son aún más escasos, dificultando la tarea de psiquiatras y pediatras cuando se encuentran ante sintomatología compatible con diagnóstico de hipocondría. Por ello, hemos querido realizar una revisión de las publicaciones más recientes en relación con este trastorno en población infanto-juvenil. Tras explorar los artículos publicados en los últimos años, y a pesar de la limitación de estudios en esta población específica, es de relieve la importancia de un abordaje multidisciplinar. Una vez descartadas otras patologías, el objetivo principal es recuperar y mantener la funcionalidad propia de la edad, implicando al grupo primario de apoyo.

Palabras clave: hipocondría, psiquiatría infanto-juvenil, trastorno somatomorfo, síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad.

ABSTRACT

Hypochondriasis is a condition in which a person is inordinately worried about having a serious illness. As for many other psychiatric disorders, the lack of an objective method for its diagnosis hampers the investigation of this disease, and turns its features into subject of controversy and continuous discussion. These limitations become more relevant when children and adolescents are affected. This, together with the low number of published works covering hypochondriasis in these populations, poses extreme difficulties to pediatricians and child psychiatrists. Here, the most recent studies covering the causes, diagnosis, symptoms, treatment and prevention of hypochondriasis in children and adolescents are reviewed. The systematic revision of the literature suggests that an accurate diagnosis and management requires a multidisciplinary approach. After discarding other pathologies, appropriate managing should involve the main support group and focus in the recovery of the functionality according to the age of the patient.

Keywords: hypochondriasis, child and adolescent psychiatry, somatoform, somatic symptom disorder, health anxiety.

INTRODUCCIÓN

Ya en el siglo XVII se hacía referencia en los distintos textos a lo que conocemos como hipocondría. En aquel momento se incluía dentro de los trastornos neuróticos. De hecho, para el clínico inglés Thomas Sydenham histeria e hipocondría eran la misma patología y sustentaba la opinión de que la mitad de sus enfermos no febriles la padecían (1).

Actualmente, la hipocondría se define por una preocupación persistente y excesiva por padecer una enfermedad mental o somática grave que causa un alto nivel de ansiedad. Esta entidad se clasificaba previamente en el apartado de trastornos somatomorfos. Dicha clasificación hacía referencia la población adulta, pero en cuanto a niños y adolescentes, los estudios acerca de este trastorno eran escasos (2).

Tras años de debate sobre las causas y los criterios para esta categoría diagnóstica, en la última versión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5) ha sido suprimida (3).

Ante la escasez de estudios al respecto, y la controversia alrededor de la hipocondría, es lógico que los diferentes profesionales que reciben pacientes con características que pueden hacer pensar en este trastorno y que se ven implicados en el caso, tengan dificultades para su comprensión y manejo (4). Por este motivo hemos realizado una revisión sobre este tema con el objetivo de entender mejor a sujetos de edad comprendida entre los 4 y 18 años que presentan sintomatología compatible con hipocondría.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

La hipocondría es un trastorno que conlleva malestar emocional y deterioro de la funcionalidad global y las relaciones interpersonales de quien la padece. A pesar de ello, son pocos los estudios que se han realizado en este ámbito. Como suele ocurrir con otras patologías, este hecho se ve más pronunciado cuando se trata de la población infanto-juvenil. Por este motivo hemos propuesto realizar una revisión sistemática de la literatura más reciente del trastorno hipocondríaco con los objetivos de:

1. Realizar descripción de las características clínica de niños y adolescentes que lo presentan, incluyendo sus factores etiopatogénicos y
2. Presentar los tratamientos que más recientemente han demostrado eficacia.

MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda comprensiva de los artículos que han estudiado la hipocondría en los últimos 10 años, incluyendo tanto revisiones como estudios prospectivos y retrospectivos de los artículos que tenían como principal objeto de estudio niños y adolescentes. No obstante, estudios que trataban población general también han sido incluidos en apartados en los que consideramos que la edad de la muestra no fuera relevante (como aquellos que estudian herencia genética). Se han incluido artículos en inglés y español y han sido revisados independientemente por dos de las autoras (S.G.V. e I.A.G.).

La búsqueda se llevó a cabo el 10 de septiembre de 2017 en PubMed con los siguientes términos: ((“hypochondriasis”[MeSH Terms] OR “hypochondriasis”[All Fields])AND“health anxiety”[All Fields]) AND ((“adolescent”[MeSH Terms] OR “adolescent”[All Fields]) AND (“child”[MeSH Terms] OR “child”[All Fields] OR “children”[All Fields])).

CLASIFICACIÓN

En la CIE 10, el Trastorno Hipocondríaco está incluido en la categoría de Trastornos Somatomorfos (F45). Los criterios diagnósticos incluyen (5): La creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyacen al síntoma o síntomas presentes, aun cuando exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para los mismos o una preocupación persistente sobre una deformidad supuesto y la negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad o anormalidad somática.

En el DSM-5 desaparece el Trastorno Hipocondríaco. En la nueva versión se presenta en el apartado de Trastornos de Síntomas Somáticos y otros relacionados, dividido en dos nuevas categorías: Trastorno de Síntomas Somáticos y Trastorno de Ansiedad por Enfermedad. La diferencia principal entre estas dos nuevas entidades diagnósticas es la presencia de uno o más síntomas somáticos que causan malestar o problemas en la vida diaria, que es criterio A para el diagnóstico del Trastorno de Síntomas Somáticos, siendo excluyente para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad por Enfermedad (6).

Estos cambios han sido objeto de controversia. Algunos autores consideran que el trastorno hipocondríaco debería

englobarse dentro del apartado de trastornos de ansiedad, basándose en que los pacientes con hipocondría se caracterizan por una alta comorbilidad con los trastornos de ansiedad (5). Otros autores se han cuestionado la separación de la hipocondría en dos entidades distintas (3,7). En un estudio reciente se reportó que la mayoría de pacientes previamente diagnosticados como trastorno hipocondríaco cumplían mayoritariamente criterios para trastorno de síntomas somáticos (74%), en lugar de trastorno de ansiedad por enfermedad (26%). Además, en ese mismo estudio no se encontraron diferencias significativas entre ambos diagnósticos en cuanto a criterios de la esfera cognitiva, emocional y conductual (3). Sin embargo, otros autores encontraron que el 45% de los pacientes con altos niveles de preocupación por enfermedad cumplían criterios para trastornos de síntomas somáticos, 47% para trastorno de ansiedad por enfermedad y 8% para ambos. Ante estos resultados, consideran que la nueva clasificación es capaz de detectar un mayor número de casos con clínica significativa (8).

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la hipocondría se estima en menos del 1% de la población general (9). Con la nueva categoría del DSM-5 “Trastorno de Ansiedad por Enfermedad”, que requiere criterios menos restrictivos para su diagnóstico, se ha alcanzado una prevalencia del 3.4% y una prevalencia de vida del 5.7% en un estudio en la población general australiana (10).

La mayoría de publicaciones no han encontrado diferencias significativas entre sexos. Sin embargo, un estudio realizado por Gropalis et al. determina que dos tercios de los pacientes con hipocondría son mujeres, aunque se hipotetiza que este resultado puede venir dado porque las mujeres acuden más a menudo a psicoterapia, tratándose de un estudio en pacientes ambulatorios y no en la población general (11).

En el caso de la población infanto-juvenil, las publicaciones son escasas. Varios autores sostienen que el inicio del trastorno tiene lugar en la adolescencia (12,13, 14). Se basan en la hipótesis de que tanto los cambios físicos, biológicos y psicológicos que tienen lugar durante la pubertad crearían una vulnerabilidad a esa edad para el desarrollo de psicopatología. Esta hipótesis se apoya en estudios como el realizado por Costello et al., que repasa la prevalencia de los distintos trastornos psiquiátricos en infancia, adolescencia y

etapa adulta. Este estudio muestra que la mayoría de los trastornos psiquiátricos aumentan su prevalencia durante la adolescencia, a excepción del trastorno de ansiedad por separación, la fobia específica, los trastornos del neurodesarrollo y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que son más frecuentes en la infancia (15, 16).

No se han encontrado diferencias de prevalencia a lo largo de la adolescencia, reportándose una prevalencia en este período de reacciones hipocondríacas del 16% (13), similar a lo encontrado en estudios previos.

Existen otros autores que sostienen que el inicio se situaría en la infancia. Rask et al. estudiaron una cohorte de niños en Copenhage entre 5 y 7 años. Según sus resultados, el 17.6% de los niños presentaban ansiedad por enfermedad y el 2.4% de la cohorte presentaba ansiedad por enfermedad “severa”. No obstante, el diagnóstico se realizó únicamente en base a encuestas a los padres que contenían 3 ítems, siendo necesario cumplir únicamente 1 de ellos (17).

Respecto a la distribución según sexos, aunque no existen datos epidemiológicos concluyentes, se ha visto que ítems como “preocupación por enfermedad”, “creencias hipocondríacas” y “fobia a la enfermedad” son significativamente más frecuentes entre las mujeres. Este hallazgo podría tener relación con la mayor probabilidad de presentar depresión, ansiedad y síntomas somáticos en el sexo femenino durante la adolescencia. Otra hipótesis sobre mayor prevalencia en el género femenino es el hecho de que la presencia de síntomas somáticos en relación a la menstruación puede provocar el aumento de atención hacia esta clínica y un aumento de preocupación por la misma (13, 18).

No se ha establecido asociación entre hipocondría y factores sociodemográficos, tales como nivel de educación de los padres o situación socioeconómica (18).

ETIOPATOGENIA

La hipótesis principal sobre la etiología de la hipocondría, como en muchos otros trastornos psiquiátricos, es la interacción entre factores genéticos y ambientales.

Acerca de la influencia genética, un estudio de gemelos en Canadá estimó una heredabilidad entre 34-37% (19), similar a lo encontrado en otros estudios previos (19, 20). Otras publicaciones que apoyarían la base genética son aquellas que han descrito una mayor prevalencia

de hipocondría en familiares de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (21, 22). Esta asociación podría tener lugar si englobamos la hipocondría en un espectro “ansioso”, en el que también se incluiría al trastorno obsesivo compulsivo.

Han sido varios los autores que han intentado establecer una relación entre progenitores afectados de este trastorno y sus hijos, en base a un modelo cognitivo conductual (20). Los resultados difieren entre estudios. Por ejemplo, Wright et al no encontró relación entre ansiedad por enfermedad en los padres y el mismo trastorno en los hijos, a no ser que se asociara con síntomas depresivos (23). En cambio, otro estudio sí que estableció una asociación positiva entre los síntomas de padres e hijos (24). Una posible explicación para estas diferencias puede ser la edad media de la muestra, siendo de 10 años para el primer estudio y de 14 para el segundo, hipotetizándose que son necesarios más años para que mecanismos como el aprendizaje social sea evidente en sus manifestaciones hipocondríacas (25).

También ha sido foco de estudio la influencia de enfermedad grave en familiares y clínica hipocondríaca. En este caso, la mayoría de publicaciones han establecido una asociación positiva entre ambas variables (26, 27).

Existen discordancias en cuanto a la influencia de experiencias traumáticas en el desarrollo de hipocondría (maltrato físico o emocional, abuso sexual o negligencia en el cuidado). Dos estudios realizados en 2014 que utilizan la misma escala – Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) - hallan resultados contrarios (26, 28). Uno de ellos establece relación entre experiencias traumáticas en la infancia y depresión en etapas posteriores, aunque ninguno de los ítems de dicha escala se relacionaba con el trastorno hipocondríaco (28). En cambio, en el otro sí que se establece asociación entre experiencias traumáticas e hipocondría, aunque no como factor específico de riesgo para este trastorno (26), sino para el desarrollo de psicopatología en general.

En relación con experiencias tempranas también se ha tenido en cuenta la influencia del vínculo. Se ha establecido asociación entre los vínculos ansioso y desorganizado con trastornos somatomorfos (30). Con la hipocondría concretamente, varios estudios han encontrado resultados similares que apoyan la relación entre apego ansioso e hipocondría (20).

Por sus similitudes clínicas, se cree que la hipocondría comparte características neurobiológicas con el trastorno

obsesivo compulsivo (TOC). En los estudios realizados específicamente con hipocondría, se ha hallado en pruebas de imagen disminución del volumen de córtex orbitofrontal y aumento del volumen del tálamo izquierdo, pero no derecho (31). La glándula pituitaria, que está en relación con el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal, también se ha visto que presenta un volumen inferior en pacientes con hipocondría en comparación con controles (32). Del mismo modo, se han observado alteraciones neuroquímicas en el hipocampo, estableciendo de manera preliminar ciertas similitudes con el trastorno obsesivo compulsivo (31).

Aun teniendo en cuenta todo lo descrito, en individuos adolescentes, en los que no existe un desarrollo de la psicopatología suficiente como para predecir su evolución en la vida adulta y, en los que más que un trastorno existe un continuum entre adolescencia normal y patología, la hipocondría se ha propuesto como un signo que habría que tener en cuenta en el Estado Mental de Alto Riesgo, dado el correlato entre hipocondría y psicosis (21).

CLÍNICA

La característica clave de la hipocondría radica en la creencia de que se está desarrollando o ya se padece una enfermedad grave que aún no se ha detectado, sin estar esta convicción lo suficientemente fijada como para considerarla una idea delirante (33, 34). Se acompaña de importante malestar (29), así como de alteraciones de conducta como pueden ser comprobaciones recurrentes del cuerpo o pasar mucho tiempo buscando información médica, por ejemplo, en internet (20). Asimismo, asocia deterioro de las relaciones interpersonales e insatisfacción de las intervenciones por parte de los médicos, lo que conduce a visitas a múltiples especialistas (“doctor shopping”) (3).

Existe una focalización excesiva en síntomas corporales “menores”, y una tendencia a creer que estos implican el desarrollo de una patología severa (35). Por ello se evitan situaciones que puedan poner la salud en riesgo (por ejemplo, evitando gérmenes), además de consultar frecuentemente a especialistas con intención de que confirmen la presencia (y no tanto la ausencia) de una patología orgánica.

A pesar de esta preocupación los pacientes no tienden a mostrar ansiedad típica ni aparentan tener problemas de salud, aun usando métodos a veces desproporcionados para conservarla. La inadecuada sobreinterpretación de

los signos corporales no se alivia a través del ofrecimiento de datos que deberían tranquilizar sobre el estado de salud, considerando que presentar una buena salud se define como “una situación libre de síntomas” y que la presencia de éstos implica necesariamente enfermedad (29).

Además, según alguna publicación, son frecuentes los comportamientos de evitación, si bien no han sido profundamente estudiados ni comprendidos. La preocupación por la presencia de una patología puede justificar evitar situaciones que exacerben síntomas (como las manifestaciones corporales de la ansiedad) por provocar miedo o asociación con ella. Recientes teorías sugieren que inadaptados estilos de afrontamiento como la evitación pueden contribuir a incrementar el estrés por enfermedad en estos individuos (36). Sorprendentemente, se ha hallado que los adolescentes con mayor sintomatología hipocondríaca presentaban peor cuidado de su salud: se ha observado entre ellos más fumadores, consumidores de sustancias ilegales, peores hábitos de sueño y menor actividad física (13), así como mayor uso de medicación no prescrita por un profesional de la salud (37). Estos resultados coinciden con otros encontrados en adultos en referencia a presentar una vida más sedentaria. Por el contrario, difiere con los adultos acerca del uso de sustancias perjudiciales como el alcohol, tabaco o sustancias ilegales, donde no se han encontrado diferencias entre adultos hipocondríacos y controles sanos (38).

La hipocondría puede transcurrir como un trastorno aislado, considerado entonces hipocondría primaria; o secundaria, cuando forma parte de otro trastorno psiquiátrico principal (3, 13), frecuentemente trastorno de ansiedad o depresión, con los que se estima que presenta una comorbilidad del 32% y 18%, respectivamente (3, 11, 39, 40). Esta frecuente asociación podría estar causada por una percepción selectiva de sensaciones físicas banales, interpretadas como señales de enfermedad. No obstante, en la mayoría de casos se presenta de manera aislada (18).

La presencia de hipocondría conlleva mayor riesgo para el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos (29). Como ya se ha mencionado previamente, se ha estudiado ampliamente la relación entre TOC e hipocondría. En adolescentes con TOC se ha observado mayor prevalencia de hipocondría que en la población general, así como la presencia de síntomas más severos e incapacitantes (14,

41). También se ha correlacionado la comorbilidad con trastornos de personalidad, que se estima entre un 25% y 35% (42). Algunos autores han llegado a plantear el concepto de personalidad hipocondríaca, aunque por el momento no se ha validado como tal (22, 42). Tal como se ha mencionado previamente, algunos pocos estudios han relacionado la hipocondría como predecesor de estados psicóticos, por lo que se recomienda el seguimiento a lo largo del tiempo de pacientes que se puedan suponer en riesgo (21).

Las quejas corporales suelen incluir frecuentemente síntomas abdominales y cefalea. Los niños y adolescentes con cuadros ansiosos o depresivos a menudo presentan este tipo de quejas, por lo que debe ser explorado, ya que pueden poner de manifiesto la presencia de otro trastorno psiquiátrico principal (29).

También el incremento de estresores ambientales puede empeorar la sintomatología relatada (29, 33). De hecho, se ha descrito el concepto de “hipocondrías transitorias”, estados en los que la clínica persiste menos de seis meses y se presenta con menor intensidad. Se considera que ocurre en el contexto de factores estresantes y que también puede ser predisponente para el desarrollo de otra psicopatología a lo largo de la vida (12, 22).

EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO CLÍNICO

En general, los niños o adolescentes que presentan clínica que haga pensar en un trastorno de tipo hipocondríaco, asisten a la consulta de pediatría bajo las directrices de algún adulto de referencia, habitualmente padres u otros miembros pertenecientes al grupo primario de apoyo.

El pediatra debe realizar una investigación inicial sobre el cuadro y las quejas del menor, junto con la exploración física y pruebas complementarias que se consideren necesarias. Es importante no realizar exploraciones complementarias innecesarias que tengan como intención demostrar al paciente y su familia el origen psicológico y no orgánico del cuadro.

No obstante, el diagnóstico no debería ser únicamente por exclusión, sino que se debe basar también en hallazgos positivos, como evidencia de afectación de la funcionalidad global, historia de estrés psicosocial, conflictos intrapsíquicos...

Dadas las características del trastorno, las exploraciones básicas pueden no ser suficientes para paliar los síntomas.

Por este motivo podría ser necesaria la atención específica por parte de un especialista en psiquiatría infanto-juvenil.

La evaluación psiquiátrica debe incluir una historia clínica detallada, en la que es importante recoger información tanto por parte del paciente como de los adultos de referencia que le acompañen. Se deben incluir antecedentes familiares y personales, psicobiografía, datos de desarrollo evolutivo, historia minuciosa del episodio actual, momento y modo de instauración de síntomas, posibles precipitantes, condiciones psicosociales, grado de deterioro de la funcionalidad y esferas afectadas, exploración psicopatológica precisa y medidas adoptadas hasta el momento ante el cuadro. En ocasiones, será necesario obtener información también de otras figuras que tengan relación con el menor en otros ámbitos además del domiciliario o familiar (por ejemplo, profesores).

Son escasos los instrumentos validados para el diagnóstico y evaluación de este trastorno en niños y adolescentes. Existe una versión de la Illness Attitude Scales, la Childhood Illness Attitude Scales, validada en varios estudios (29, 43). No obstante, no está validada su traducción al español.

Es crucial explicar tanto al paciente como a la familia las características del cuadro, así como la naturaleza de los síntomas con el objetivo de realizar una contención adecuada, siendo cuidadosos para que se sientan acogidos y no cuestionados en su preocupación (44).

Es crucial hacer un buen diagnóstico diferencial para su abordaje. Por ejemplo, pacientes con trastorno de pánico con frecuencia presentan temor a padecer una patología somática, si bien este suele estar limitado a los momentos de “ataques”. Lo mismo puede suceder en trastorno de ansiedad, donde podría existir excesiva preocupación por la salud o por padecer enfermedades. Los pacientes con hipocondría, son fenomenológicamente similares a aquellos con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo en lo que se refiere a su tendencia a evitar o inhibir ciertos pensamientos y comportamientos para reducir la ansiedad (11, 36).

Además de lo descrito, el diagnóstico diferencial deberá hacerse con cualquier patología orgánica (especialmente con aquellas afecciones que muestren síntomas difíciles de diagnosticar como esclerosis múltiple, SIDA, enfermedades degenerativas del SNC, Lupus...) (33), preocupaciones previsibles respecto a una afección médica, otros trastornos somatomorfos, fobia específica a

contraer una enfermedad, trastorno dismórfico corporal, trastornos de adaptación, trastorno facticio, simulación o conversión, trastornos de personalidad y trastornos psicóticos (29, 45).

En pacientes en los que coexisten trastornos orgánicos y psicológicos el diagnóstico diferencial puede ser especialmente difícil.

TRATAMIENTO

Anteriormente se hacía alusión a la importancia de involucrar a la familia o adultos de referencia en la evaluación del cuadro clínico. Igual de importante es su implicación de cara a planificar el tratamiento.

El objetivo del tratamiento es ayudar al paciente a manejar el temor a padecer una enfermedad y a restablecer una adecuada sensación de control sobre los síntomas más persistentes, así como restaurar la calidad de vida y funcionalidad global. Es útil una explicación del cuadro, dando seguridad y credibilidad a los síntomas, para tratar de reducir preocupaciones presentes o que puedan surgir a lo largo del transcurso del trastorno (35).

La intervención debe ser lo más integradora e interdisciplinar posible, asegurando una apropiada coordinación entre los profesionales de atención primaria, los de salud mental y los del centro educativo, así como la familia u otros dispositivos de apoyo del menor (29).

Existen pocos estudios realizados en población infantil, pero el tratamiento recomendado incluye intervención psicológica y, si es necesario, psicofarmacológica. Algunos estudios acerca de la influencia del ambiente en el trastorno apoyan las intervenciones psicosociales. Las evidencias sugieren que el trabajo psicológico tendría una adecuada eficacia a largo plazo, mientras que la eficacia a largo plazo de la intervención psicofarmacológica aún está por investigar (19).

Si bien los estudios son limitados, la mayor evidencia del tratamiento psicológico recae en la terapia cognitivo-conductual (TCC) (29, 46), que pretende reestructurar creencias y alteraciones del pensamiento de corte hipocondríaco (35).

En un estudio con adultos, la TCC y Paroxetina fueron efectivas en el tratamiento a corto plazo de sujetos con hipocondría. Los resultados de terapia combinada fueron significativamente superiores a los obtenidos con placebo, pero no significativamente diferentes de los resultados de terapia psicológica individual (47).

Un estudio más reciente apoya como terapia más

efectiva la combinación de TCC y Fluoxetina, seguida de monoterapia con Fluoxetina. En él, la eficacia de TCC fue menor a la hallada en otros estudios, tal vez por la corta duración del tratamiento (6 sesiones) (48).

Un meta análisis de efectividad de psicoterapia para hipocondría reveló que la terapia cognitiva, la terapia conductual, la TCC y el manejo del estrés fueron efectivas, reduciendo los síntomas de la hipocondría. No obstante, la muestra fue pequeña (49).

La terapia de grupo proporciona comunicación e interacción entre sus miembros como vehículo de cambio y aprendizaje de habilidades sociales. Ofrece la posibilidad de participar en modelos de relación con iguales, refuerzo y soporte social. Algunos estudios sugieren que son mejores en cuanto a coste-efectividad (36).

Algunas publicaciones en adultos, compararon la terapia de corte cognitivo-conductual con la psicodinámica y la no intervención, sugiriendo que la TCC es más efectiva que la psicodinámica (44, 50, 51).

En cuanto a la farmacoterapia, la elección es el uso de antidepresivos, en concreto inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) y en niños, la Fluoxetina, que es la más estudiada a esas edades. En un estudio de seguimiento a largo plazo en adultos que recibían tratamiento con ISRS, estos alcanzaron remisión de los síntomas y mejoría en el pronóstico (52).

El ingreso en unidades de hospitalización de agudos puede ser necesario si la sintomatología es muy severa y genera grave disfunción, o si es necesaria la observación para una adecuada evaluación.

COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO

Algunas complicaciones pueden resultar del sometimiento a pruebas invasivas u otras evaluaciones, así como hospitalizaciones innecesarias, ensayos de medicamentos o procedimientos quirúrgicos.

Hay que tener precaución con no administrar sin supervisión estrecha sedantes o analgésicos y cuidar la posible dependencia a los mismos.

Por último, algunas complicaciones pueden ser derivadas del cambio frecuente de profesional o evaluación por diferentes especialistas sin criterio estricto que lo justifique (29).

El pronóstico está condicionado, entre otros factores, por la conciencia de enfermedad y la comprensión de la

misma, su aceptación, la organización de un tratamiento adecuado y su cumplimiento una vez indicado.

A pesar de que los tratamientos mencionados previamente en general presentan buena respuesta, en varios estudios se ha objetivado que únicamente el 50% de los pacientes se recupera totalmente (18, 25, 48, 52). Son factores de buen pronóstico precipitantes médicos específicos, personalidad premórbida no patológica, padres sin problemas de salud física o mental y condiciones psicosociales favorables (44). En cambio, cuando existe otro trastorno comórbido, el pronóstico y respuesta a tratamiento suele ser peor (46). Un estudio reciente reportó mejor respuesta a TCC en aquellos pacientes con trastorno de personalidad comórbido. En este caso, la muestra de pacientes sin trastorno comórbido era pequeño, lo que pudo influir en los resultados (42).

Algunas veces el curso es episódico y la clínica se reagudiza ante situaciones estresantes (35).

CONCLUSIONES

La hipocondría es un trastorno que, como otras muchas patologías de carácter psiquiátrico, está en constante revisión (1). Los estudios y publicaciones sobre la hipocondría en niños y adolescentes son escasos. En base a los diferentes estudios realizados, se ha puesto de manifiesto que dicho trastorno conlleva un alto nivel de deterioro de la funcionalidad del sujeto, así como de su entorno. Es por ello que es de relevancia que los médicos pediatras y los profesionales de la salud mental presenten una buena coordinación entre ellos para el manejo de estos casos.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerknecht E, Maljuri A. Breve historia de la psiquiatría. Valencia: Seminari d'estudis sobre la ciència; 1993.
2. Schulte I, Petermann F. Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria!. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011;70(3):218-228.
3. Bailer J, Kerstner T, Witthöft M, Diener C, Mier D, Rist F. Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2016 Mar 3;29(2):219-39.

4. Dimsdale J, Sharma N, Sharpe M. What Do Physicians Think of Somatoform Disorders?. *Psychosomatics*. 2011;52(2):154-159.
5. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra. 1992.
6. Pareja MÁ. De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 2014(110):75-8.
7. Starcevic V. Should we deplore the disappearance of hypochondriasis from DSM-5?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013 Nov 29;0004867413515058.
8. Newby J, Hobbs M, Mahoney A, Wong S, Andrews G. DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017;101:31-37.
9. Starcevic V. Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202(1):7-8.
10. Sunderland M, Newby J, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry*. 2012;202(1):56-61.
11. Gropalis M, Bleichhardt G, Witthöft M, Hiller W. Hypochondriasis, Somatoform Disorders, and Anxiety Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2012;200(5):406-412.
12. Christogiorgos S, Tzikas D, Widdershoven-Zervaki MA, Dimitropoulou P, Athanassiadou E, Giannakopoulos G. Hypochondriacal anxieties in adolescence. *Open Psychology Journal*. 2013;6:6-9.
13. Sirri L, Garotti MG, Grandi S, Tossani E. Adolescents' hypochondriacal fears and beliefs: Relationship with demographic features, psychological distress, well-being and health-related behaviors. *Journal of psychosomatic research*. 2015 Oct 31;79(4):259-64.
14. Mohapatra S, Deo S, Satapathy A, Rath N. Somatoform Disorders in Children and Adolescents. *German J Psychiatry* 2014; 17(1): 19-24.
15. Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011 Oct 1;52(10):1015-25.
16. Navarro-Pardo E, Meléndez J, Sales A, Sancerni M. Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 2012;24(3), 377-383.
17. Rask C, Elberling H, Skovgaard A, Thomsen P, Fink P. Parental-Reported Health Anxiety Symptoms in 5- to 7-Year-Old Children: The Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *Psychosomatics*. 2012;53(1):58-67.
18. Rask C, Munkholm A, Clemmensen L, Rimvall M, Ørnbøl E, Jeppesen P et al. Health Anxiety in Preadolescence - Associated Health Problems, Healthcare Expenditure, and Continuity in Childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2015;44(4):823-832.
19. Taylor, S, Thordarson, D S, Jang, K L, Asmundson, G J. Genetic and environmental origins of health anxiety: a twin study. *World Psychiatry*. 2006;5(1), 47-50.
20. Thorgaard M, Frostholm L, Rask C. Childhood and family factors in the development of health anxiety: A systematic review. *Children's Health Care*. 2017;:1-41.
21. Simon AE, Borgwardt S, Lang UE, Roth B. Cenesthopathy in adolescence: An appraisal of diagnostic overlaps along the anxiety-hypochondriasis-psychosis spectrum. *Comprehensive psychiatry*. 2014 Jul 31;55(5):1122-9.
22. Diez-Quevedo C, Rangil Muñoz T, Sánchez Planell L. Situación actual de la hipocondría. *Psiquiatría Biológica* 2003;10(3):87-95.
23. Wright K, Reiser S, Delparte C. The relationship between childhood health anxiety, parent health anxiety, and associated constructs. *Journal of Health Psychology*. 2015;22(5):617-626.
24. Köteles F, Freyler A, Kökönyei G, Bárdos G. Family background of modern health worries,

- somatosensory amplification, and health anxiety: A questionnaire study. *Journal of Health Psychology*. 2014;20(12):1549-1557.
25. Thorgaard M, Frostholt L, Walker L, Stengaard-Pedersen K, Karlsson M, Jensen J et al. Effects of maternal health anxiety on children's health complaints, emotional symptoms, and quality of life. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2016;26(5):591-601.
 26. Weck F, Neng JM, Göller K, Müller-Marbach AM. Previous experiences with illness and traumatic experiences: a specific risk factor for hypochondriasis?. *Psychosomatics*. 2014 Aug 31;55(4):362-71.
 27. Alberts N, Hadjistavropoulos H, Sherry S, Stewart S. Linking Illness in Parents to Health Anxiety in Offspring: Do Beliefs about Health Play a Role?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2014;44(01):18-29.
 28. Bailer J, Witthöft M, Wagner H, Mier D, Diener C, Rist F. Childhood maltreatment is associated with depression but not with hypochondriasis in later life. *Journal of psychosomatic research*. 2014 Aug 31;77(2):104-8.
 29. Cely-Serrano M. Pediatric Hypochondriasis. Developmental and Behavioral Pediatrician, Center for Child Development, Florida Hospital. <http://emedicine.medscape.com/article/918506-overview>
 30. Bizzi F, Cavanna D, Castellano R, Pace C. Children's mental representations with respect to caregivers and post-traumatic symptomatology in Somatic Symptom Disorders and Disruptive Behavior Disorders. *Frontiers in Psychology*. 2015;6.
 31. Ozdemir H, Mermi O, Gurok MG, Saglam S, Yildirim H, Sec S, Atmaca SM. N-acetyl-l-aspartate values of hippocampus are reduced in patients with hypochondriasis. 2013.
 32. Atmaca M, Yildirim H, Sec S, Kayali A. Pituitary volumes in hypochondriac patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2010;34, 2, 344-347.
 33. Kaplan, Benjamín J. Sadock, Virginia A. Sadock. Sinopsis de psiquiatría. Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer, 10 Edición, 2009.
 34. Rohlof H, Knipscheer J, Kleber R. Somatization in refugees: a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2014;49(11):1793-1804.
 35. Khare S, Srivastava MN. Validity of Current Treatment Protocols to Overcome Hypochondriasis. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2017 Jan;11(1):VE01.
 36. Doherty-Torstrick ER, Walton KE, Barsky AJ, Fallon BA. Avoidance in hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2016 Oct 31;89:46-52.
 37. Jeffers A, Benotsch E, Green B, Bannerman D, Darby M, Kelley T et al. Health anxiety and the non-medical use of prescription drugs in young adults: A cross-sectional study. *Addictive Behaviors*. 2015;50:74-77.
 38. Schwind J, Neng JM, Höfling V, Weck F. Health Behavior in Hypochondriasis. *The Journal of nervous and mental disease*. 2015 Jul 1;203(7):493-8.
 39. Bobevski I, Clarke D, Meadows G. Health Anxiety and Its Relationship to Disability and Service Use. *Psychosomatic Medicine*. 2016;78(1):13-25.
 40. Höfling V, Weck F. Hypochondriasis Differs From Panic Disorder and Social Phobia: Specific Processes Identified Within Patient Groups. *The Journal of nervous and mental disease*. 2017 Mar 1;205(3):227-33.
 41. Villadsen A, Thorgaard M, Hybel K, Jensen J, Thomsen P, Rask C. Health anxiety symptoms in children and adolescents diagnosed with OCD. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2016;26(2):241-251.
 42. Sanatinia R, Wang D, Tyrer P, Tyrer H, Crawford M, Cooper S et al. Impact of personality status on the outcomes and cost of cognitive-behavioural therapy for health anxiety. *The British Journal of Psychiatry*. 2016;209(3):244-250.
 43. Thorisdottir A, Villadsen A, LeBouthillier D, Rask C, Wright K, Walker J et al. Measurement invariance across Genders on the Childhood Illness Attitude Scales (CIAS). *Journal of Psychosomatic Research*. 2017;98:34-39.
 44. Soutullo Esperón, César, and María Jesús Mardomingo Sanz. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. No. 616.89-053.2. Médica Panamericana, 2010.

45. First, Michael B. Michael B. DSM-5 Manual de diagnóstico diferencial. No. 616.89. American Psychiatric Association.
46. Tyrer P, Cooper S, Salkovskis P, Tyrer H, Crawford M, Byford S et al. Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet*. 2014;383(9913):219-225.
47. Greeven A, van Balkom AJ, Visser S, Merkelbach JW, van Rood YR, van Dyck R, Van der Does AW, Zitman FG, Spinhoven P. Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*. 2007 Jan;164(1):91-9.
48. Fallon B, Ahern D, Pavlicova M, Slavov I, Skritskya N, Barsky A. A Randomized Controlled Trial of Medication and Cognitive-Behavioral Therapy for Hypochondriasis. *American Journal of Psychiatry*. 2017;174(8):756-764.
49. Thomson A, Page L. Psychotherapies for hypochondriasis. *The Cochrane Library*. 2007 Jan 1.
50. Sørensen P, Birket-Smith M, Wattar U, Buemann I, Salkovskis P. A randomized clinical trial of cognitive behavioural therapy versus short-term psychodynamic psychotherapy versus no intervention for patients with hypochondriasis. *Psychological medicine*. 2011 Feb 1;41(02):431-41.
51. Weck F. Treatment of mental hypochondriasis: a case report. *Psychiatric Quarterly*. 2014 Mar 1;85(1):57-64.
52. Schweitzer PJ, Zafar U, Pavlicova M, Fallon BA. Long-term follow-up of hypochondriasis after selective serotonin reuptake inhibitor treatment. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2011 Jun 1;31(3):365-8.

Águeda Fernández-Quintana*
Ana Novo-Ponte**
Candela Quiroga-Fernández***
Rebeca Méndez-Iglesias****
César Pereiro-Gómez*****

* Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera, Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, Servicio de Psiquiatría.

** Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, Servicio de Psiquiatría

***Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, Servicio de Psiquiatría

**** Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos. Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, Servicio de Psiquiatría,

*****Centro de Asistencia a Drogodependencias. Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, Servicio de Psiquiatría

Correspondencia:

Águeda Fernández Quintana
agueda.fernandez.quintana@gmail.com

Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: 7 años de seguimiento

A 7-year follow-up study of Child and Adolescent Mental Health Emergencies

RESUMEN

Introducción: A pesar de la mayor demanda de urgencias psiquiátricas infanto-juveniles, las características de este colectivo no han sido definidas con precisión.

Objetivos: Analizar variables clínicas y sociodemográficas de los menores de 17 años evaluados en Urgencias Psiquiátricas de un hospital general. Estudiar la adherencia terapéutica y la estabilidad diagnóstica tras la atención urgente.

Método: Estudio retrospectivo en una muestra de 218 atenciones psiquiátricas infanto-juveniles durante 7 años (2010-2017).

Resultados: Edad media 13,60 años (DE: 2,36). Sexo: 54% mujeres, 46% varones. El número de atenciones psiquiátricas infanto-juveniles aumentó desde 11,6% en 2010 hasta 23,3% en 2016. Motivo de consulta

más frecuente: alteraciones conductuales en varones y autolesiones en mujeres. Antecedentes de intento autolítico mujeres: 46,4%, varones: 14%. La mayoría de los pacientes presentaban antecedentes psiquiátricos personales y familiares. Antecedentes somáticos (17,1%), la enfermedad más prevalente fue la epilepsia (9,7%). El 11,5% consumían tóxicos (droga más frecuente: THC), el abuso de alcohol era más prevalente entre las mujeres. Tasa de hospitalización (14,7%), los pacientes más jóvenes precisaban ingreso con mayor frecuencia. En Urgencias se prescribieron psicofármacos en el 62,3% de los casos (grupo más recetado: antipsicóticos 38,9%). Derivación para seguimiento ambulatorio (72,5%), asistencia a la primera consulta (81%), retirada de prescripciones farmacológicas (58%). Estabilidad diagnóstica: 77,8%.

Conclusiones: Existen importantes diferencias de género en las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles. Se trata de un colectivo vulnerable, la mayoría de los

pacientes tienen antecedentes psiquiátricos personales y familiares, con perfil socio-demográfico desfavorable. Es necesario mejorar la adherencia terapéutica tras la atención urgente.

Palabras clave: Child Psychiatry; Emergency Services, Psychiatric; Epidemiology

ABSTRACT:

Introduction: Despite the upward trend in child and adolescent psychiatric emergencies, the characteristics of this population have not been accurately described.

Objectives: To underpin the clinical and sociodemographic variables associated with minors assessed in the Emergency Department (ED) due to mental health concerns. To analyze the therapeutic compliance and diagnostic stability upon ED discharge.

Method: A retrospective study was undertaken on a sample composed of 218 patients aged under 17 years old over a 7-year period (2010-2017).

Results: Mean age 13,60 years (SD: 2.36). 54% females, 46% males. An upward trend in ED visits was noted, increasing from 11,6% in 2010 to 23,3% in 2016. Most common causes for assessment: behavioral disturbances in males and self-harm in females. 46,4% of females and 14% of males had a history of suicide attempt. Somatic history was recorded in 17,1% of cases: epilepsy (9,7%), coeliac disease (4,6%), diabetes (4,1%). In the overall sample, 11,5% of patients presented with substance misuse (cannabis was the most prevalent drug of abuse). Females had a higher prevalence of alcohol misuse. 62,3% of cases received pharmacological treatment upon discharge from ED (antipsychotics 38,9%, benzodiazepines 34,3%). 81% of patients attended the first follow-up outpatient appointment whilst only 58% followed the prescribed treatment accurately. Inpatient admission rate: 14,7%. Diagnostic stability: 77,8%.

Conclusions: Relevant gender differences are noted in child and adolescent mental health emergencies. Patients assessed in ED due to psychiatric crises represent a vulnerable population with an unfavorable socio-demographic profile and high prevalence of somatic and psychiatric history.

Key words: Child Psychiatry; Emergency Services, Psychiatric; Epidemiology

INTRODUCCIÓN

Hasta el 5% del total de urgencias pediátricas se producen por problemas de Salud Mental¹. Estos episodios tienen una importancia notable dado el impacto de la enfermedad mental en la infancia y en la adolescencia. Así mismo, la atención psiquiátrica urgente en la población infanto-juvenil permite establecer un adecuado plan terapéutico e iniciar un seguimiento de casos potencialmente graves².

A lo largo de los últimos años se ha observado un progresivo aumento en la demanda de urgencias psiquiátricas infanto-juveniles^{3,4,5,6,7,8,9,10}. Además, algunos estudios identifican un aumento en la complejidad, la estancia media en el Servicio de Urgencias y la gravedad de los episodios atendidos en las mismas^{11,12}.

Se ha postulado que los niños, adolescentes y sus familias consideran los Servicios de Urgencias como recursos indispensables y seguros, dada la escasez de recursos comunitarios^{13,14,15}. En este contexto, se estima que solo uno de cada seis niños y adolescentes con problemas de salud mental reciben tratamiento apropiado a nivel ambulatorio por lo que la demanda de atenciones urgentes es elevada¹⁶.

Sin embargo, a pesar de la creciente demanda, las características clínicas y socio-demográficas de los niños y adolescentes que precisan valoración psiquiátrica en Servicios de Urgencias no han sido descritas con precisión⁶. Por lo tanto, es necesario desarrollar estudios epidemiológicos que analicen las características de este vulnerable colectivo.

Es importante tener en cuenta que la enfermedad mental afecta al 20% de la población infanto-juvenil a nivel mundial¹⁷ y produce disminución de la funcionalidad en el 10% de los niños y adolescentes¹⁸. La Organización Mundial de la Salud estima que en el año 2020 los Trastornos Neuro-psiquiátricos en la infancia y adolescencia se situarán entre las cinco causas más frecuentes de mortalidad, morbilidad y discapacidad¹⁹.

Así mismo, el suicidio se sitúa como la tercera causa de muerte entre los 15 y los 19 años. Se estima que la mitad de la población de 13-19 años presenta ideas suicidas, cada año alrededor de 250.000 adolescentes realizan intentos autolíticos y hasta el 10% de los niños llevan

a cabo al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida^{20,21,22}.

Algunos estudios señalan que la tasa más elevada de atenciones urgentes por intento de suicidio por cada 1.000 habitantes corresponde al grupo de entre 15-19 años, especialmente entre las mujeres. Por otra parte, los intentos de suicidio y las autolesiones han duplicado su prevalencia en la última década, aumentando también los casos de abuso de alcohol por lo que podría existir una correlación entre ambos fenómenos²³. Estos datos son alarmantes si tenemos en cuenta que el riesgo suicida parece ser infra-diagnosticado tanto en las Urgencias Infanto-Juveniles como en Atención Primaria²⁴.

También existe una importante correlación entre los Trastornos Afectivos y el suicidio. Dado que los síntomas ansioso-depresivos son más frecuentes entre los adolescentes que acuden a Urgencias por motivos somáticos que entre la población general de adolescentes, los Trastornos Afectivos también parecen estar infra-diagnosticados en este colectivo²⁵.

Por otra parte, se ha encontrado asociación entre las conductas impulsivas, la agresividad y el riesgo de suicidio^{26,27,28,29,30,31}. Así mismo, los Trastornos Adaptativos, el TDAH y los Trastornos de Conducta son los tres diagnósticos más frecuentes en menores de 12 años que acuden al Servicio de Urgencias por ideación o tentativa autolítica³². Los niños y adolescentes con trastornos conductuales constituyen una población vulnerable con mayor riesgo de letalidad por suicidio dadas sus dificultades de adaptación social^{33,34}, las elevadas tasas de ansiedad, depresión y pensamientos suicidas³⁵, el mayor riesgo de consumo de drogas^{36,37} y los problemas legales³⁸.

Por último, cabe reflexionar sobre el impacto de la atención urgente a los niños y adolescentes con problemas de salud mental dado que diversos estudios encuentran que un manejo inadecuado en situaciones de urgencia empeora el pronóstico a largo plazo y complica el abordaje terapéutico³⁹.

Existen importantes barreras al diagnóstico y tratamiento eficiente de las urgencias en salud mental infanto-juvenil^{40,41,42,43}:

- Formación insuficiente de los profesionales sanitarios
- Escasez en las medidas de screening pre-hospitalarias

- Escasa evidencia epidemiológica sobre las características de este colectivo
- Escasez de recursos de hospitalización
- Financiación insuficiente

Aunque se han creado algunos programas para disminuir los costes y la estancia media de las Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles^{44,45,46} existen escasos proyectos centrados en optimizar la calidad asistencial en las atenciones urgentes a niños y adolescentes con problemas de Salud Mental^{47,48,49} y pocos estudios sobre el uso de recursos asistenciales en Psiquiatría Infanto-Juvenil^{13,50}. Un paso indispensable a la hora de establecer modelos asistenciales eficaces en Urgencias Infanto-Juveniles es definir con claridad las características clínicas y socio-biográficas de este colectivo a fin de comprender sus necesidades^{51,52,53,54}.

A continuación, se muestra una tabla resumen de los principales artículos sobre urgencias psiquiátricas

(Tabla 1. Principales artículos sobre urgencias psiquiátricas infanto-juveniles).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de todas las atenciones psiquiátricas infanto-juveniles en menores de 17 años que acudieron al Hospital Materno-Infantil de La Coruña y precisaron evaluación por el Servicio de Psiquiatría durante un periodo de seguimiento de 7 años y 5 meses (enero 2010 – mayo 2017). Se revisaron las historias clínicas y registros de atención en urgencias a fin de efectuar un análisis descriptivo de las variables socio-demográficas y clínicas de la muestra.

RESULTADOS

Se identifica una tendencia ascendente en el número de atenciones psiquiátricas infanto-juveniles realizadas en Urgencias a lo largo del intervalo estudiado, objetivándose que la prevalencia de dichas urgencias en 2016 duplica las tasas registradas en 2010.

(Gráfico 1. Numero de Urgencias Psiquiátricas Infanto-Juveniles por año).

La edad media de la muestra fue de 13,60 años (desviación estándar: 2,36), con una mediana de 14 años, una edad mínima de 5 años y una edad máxima de 17 años. El 54% de la muestra estaba constituida por mujeres y el 46% por varones.

Tabla 1. Principales artículos sobre Urgencias Psiquiátricas infanto-juveniles y hallazgos más relevantes

Autor	Año	País	Muestra	Resultados
Sullivan y Rivera	2000	EE.UU.	752 menores de 18 años en 1998 y 1999	Motivo de consulta: agresividad, agitación, intento de suicidio, ansiedad, síntomas psicóticos, abuso de sustancias. 25% de los menores de 12 años y 36% de los pacientes de 12-18 años tenían antecedentes de intentos de suicidio. Diagnósticos más prevalentes: Tr de Conducta, Tr.Adaptativo y Ep. Depresivo
Stewart et al	2001	Canada	548 episodios en pacientes de 5-19 años que acuden a Urgencias por ideas suicidas (1997-1998)	A los 6 meses de seguimiento, 32,6% había consultado de nuevo en Urgencias, 24,1% había realizado un intento de suicidio y 14,3% había precisado hospitalización psiquiátrica por riesgo auto lítico elevado
Healy et al	2002	Reino Unido	104 menores de 17 años atendidos en 1997	Edad media 14,5 años. 73% mujeres. 40% familia uniparental y 30% vivían con ambos padres. 48% tenían antecedentes psiquiátricos
Christodulu et al	2002	EE.UU.	617 episodios generados por 400 pacientes de 2-18 años atendidos en Urgencias (1996-1997)	Edad media 12 años. Predominio de varones (56%). Tasa de ingreso (45%). La mitad de los pacientes poli-frecuentadores consultan de nuevo en Urgencias antes de dos meses tras la primera atención urgente. Las Urgencias Psiquiátricas representan el 5% anual del total de urgencias infanto-juveniles
Toledo	2004	Perú	315 menores de 16 años que acuden por Urgencias psiquiátricas (2000-2002)	Mujeres 59%. Edad: 12-16 (85%). Responsable: madre (49%), ambos padres (18%), otro familiar (17%), padre (10%), otros (6%). Fármacos: antipsicóticos (41%), ansiolíticos (22%) y otros (36%). Seguimiento ambulatorio (86%)
Starling et al	2006	Australia	291 episodios generados por 231 pacientes de 2-17 años durante 10 meses de seguimiento	22% re-acudían a urgencias entre 2 y 5 veces. Edad media 12,6 años, 54% mujeres. Motivo de consulta: ansiedad (38%), alteraciones de conducta (11%), sobredosis (9%), autolesiones (5%), ideación suicida (6%), síntomas psicóticos (2%) y trastornos de conducta alimentaria (0,4%). Tasa de hospitalización (24%). Los síntomas depresivos y los intentos de suicidio eran más prevalentes en mujeres mientras que la agresividad y alteraciones de conducta eran más prevalentes en varones
Santiago et al	2006	EE.UU.	210 menores de 17 años que acuden a Urgencias Psiquiátricas	Edad media 14 años; 51,9% varones; 71,9% antecedentes psiquiátricos personales; 39% antecedentes de ingresos previos en psiquiatría y 40,5% tomaban psicofármacos antes de la atención urgente. Tasa de ingreso: 49.5%
Crespo-Marcos et al	2006	España	79 episodios generados por pacientes de 11-15 años durante 6 meses de seguimiento	51.9 % mujeres, edad media 13,73 años. Antecedentes psiquiátricos: 60%, tratamiento psicofarmacológico previo: 35%. Diagnóstico: Trastorno de Conducta (36.76 %) con predominio en varones, Trastorno de Ansiedad (20.58 %) e intento de suicidio (13.23 %) con predominio en mujeres. Las alteraciones conductuales eran más frecuentes en varones (67.85 %), la ansiedad (71.42 %) y el suicidio (76.92 %) predominaban en mujeres. Tasas de hospitalización: 32,35 %. Motivo de ingreso: Trastorno de conducta 40%, ansiedad 7,4%, riesgo suicida 77,77%

Mahajan et al	2007	EE.UU.	1031 episodios en menores de 19 años en 2002	Las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles constituyen el 1.4% del total de urgencias en esta población. Edad media 12.5 ± 3.4 años, 58.5% varones. Tasa de hospitalización 30%. Las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles precisan una estancia hospitalaria más larga y unas tasas de hospitalización post-atención urgente más elevadas
Kennedy et al	2009	Canadá	591 pacientes de 8-17 años que acuden a Urgencias Psiquiátricas (2005-2006)	52,8% mujeres. La mayoría tienen entre 12 y 17 años. Convivencia: con padres (41,3%), solo con madre (32,3%), sólo con padre (5,5%), institucionalizados (11,2%). Antecedentes de ingreso psiquiátrico: 15,6%. A tratamiento psicofarmacológico: 37,1%. El 15% habían acudido previamente a Urgencias Psiquiátricas. Tasa de hospitalización: 17,9%. Las mujeres acudían por sentimientos depresivos y gestos suicidas, los varones acudían por agresividad
Newton et al	2009	Canadá	16.154 episodios correspondientes a 12.589 menores de 17 años valorados por Psiquiatría en Urgencias (2002-2006)	Aumento del 15% en la prevalencia anual de urgencias psiquiátricas infanto-juveniles. 13-17 años (83,3%). Más de un tercio de los pacientes reacuden a Urgencias. La mayoría residen en zona urbana (66,7%). Tasa de hospitalización: 12,4%. Motivo de consulta: abuso de sustancias (41,3%), ansiedad (32,5%), alteraciones afectivas (21,4%), síntomas psicóticos (3,2%), otras alteraciones emocionales (1,1%), autolesiones (0,5%)
Argemi et al	2010	España	104 urgencias psiquiátricas en pacientes de 6-15 años (2006-2007)	Edad media: 12,37 años, 58% mujeres. Motivo de consulta: Empeoramiento de enfermedad de base: 51%, alteraciones conductuales: 31,7%, intento de suicidio: 17,3%. Una atención urgente (59%), 2-4 visitas (38%), 5 o más visitas (7%). Antecedentes Familiares Psiquiátricos: 68,2%. Abuso de Alcohol y/o otras drogas: 39,4%. Prescripción farmacológica en Urgencias: 26%. Ingreso hospitalario 36%. Derivación para seguimiento ambulatorio: 100%
Leyva-Correa et al	2012	España	28 pacientes de 11-18 años en un municipio de Ciego de Ávila (2009-2010)	Mujeres: 89,2%. Intento suicida (39,3%), ideación suicida (25%), amenaza suicida (7,1%) o gesto suicida (7,1%). Factores de riesgo personales: tristeza (82,1%), aburrimiento (75%), gestos suicidas en el grupo de amigos (42,9%), llorar sin motivo (35,7%), insomnio (35,7%)
Taastrøm et al	2014	Dinamarca	721 episodios generados por 569 menores de 17 años en 2003 y 2006	Crecimiento anual del 15% en la prevalencia de urgencias psiquiátricas infanto-juveniles. Se han incrementado las consultas por sentimientos depresivos, ansiedad e ideas de suicidio. Tasa de hospitalización: 15-20%. Entre el 15-17% recauden a Urgencias. El 30-33% presentaban ideas suicidas. Predominancia del sexo femenino. Ha aumentado el diagnóstico de Trastorno de Conducta
Liu et al	2014	Canadá	365 episodios generados por 325 pacientes de 10-17 años (2009-2011)	Motivos de consulta: sentimientos depresivos/autolesiones (45,8%) y agresividad (28,8%). Antecedentes psiquiátricos personales (59,4%). Derivación para seguimiento ambulatorio (30%)
Jimenez-Escobar et al	2016	Mexico	170 pacientes de 12-18 años atendidos en Urgencias (2008-2009)	Edad media 14,1 años, 55% mujeres. Convivencia: 67,6% con padres, 19,4% con madre, 3,5% con padre. Tóxicos: 21,2% tabaquismo, 25,9% alcohol, 8,8% otras drogas. 56,7% de los casos refirieron haberse sentido deprimidos alguna vez. El 70% refirieron ideas autolíticas en algún momento de su vida

Porter et al	2016	España	328 episodios generados por 179 menores de 18 años (2010 y 2011)	Edad media 14,48 años. Aumento en la prevalencia de urgencias psiquiátricas infanto-juveniles entre 2002 y 2010. Asociación entre los Trastornos de Conducta en varones y las autolesiones y Trastornos de Conducta Alimentaria en mujeres. Tasa de hospitalización: 18,5%. Baja estabilidad diagnóstica
Di Lorenzo et al	2016	Italia	101 pacientes de 14-18 años atendidos en Urgencias (2010-2015)	56% varones, edad media 15,99 +/- 1,77 DE. Situación familiar: 39% padres casados, 17% padres separados, 4% familia adoptiva, 23% padres inmigrantes, 18% huérfanos o abandonados. Motivos de ingreso más frecuentes: comportamiento agresivo, riesgo de suicidio, descompensación psicótica. El motivo de urgencia más frecuente en varones es el comportamiento agresivo y en mujeres el riesgo suicida. Los trastornos adictivos fueron más frecuentes en hombres (25,93%) y la droga de abuso más prevalente fue THC
Akkaya-Kalayci et al	2017	Austria	1093 pacientes de 4-18 años valorados en Urgencias (2008-2010)	53,4% inmigrantes. 59,2% mujeres. Edad media 14,6 años. 60,3% no había recibido tratamiento psiquiátrico antes de la atención urgente. Motivo de consulta: reacción aguda al estrés (20,3%), alteraciones conductuales (13,9%), intento de suicidio (13,4%). Las mujeres acudían con mayor frecuencia por reacción aguda al estrés (22,9%), intento autolítico (17,2%) o pensamientos suicidas (10%). Los varones acudían por alteraciones de conducta (24,9%)

Se registraron un total de 218 episodios de atención psiquiátrica urgente, correspondientes a 124 pacientes, por lo que el 29% de la muestra acude a Urgencias por alteraciones psiquiátricas al menos dos veces durante el intervalo temporal estudiado. Entre los pacientes que frecuentan el Servicio de Urgencias en más de una ocasión, la distribución es la siguiente: dos atenciones urgentes (50%), tres atenciones urgentes (16%), cuatro atenciones urgentes (13%), más de cuatro atenciones urgentes (21%).

En cuanto al motivo de consulta, se registraron atenciones urgentes por alteraciones conductuales (38,4%), autolesiones (28,2%), agitación psicomotriz (17,1%), ansiedad (12%) y sentimientos depresivos (4,2%).

(Gráfico 2. Motivo de consulta según el sexo.)

Para delimitar la existencia de correlación entre el motivo de consulta y la edad, se realizó la prueba estadística de Kruskal-Wallis, identificando que los pacientes que acuden a Urgencias por alteraciones conductuales son los más jóvenes de la muestra ($p=0,002$) mientras que aquellos que consultan por ansiedad constituyen el grupo de mayor edad ($p=0,021$).

Así mismo, se describió el perfil socio-demográfico de los pacientes y sus familias. El 48,1% de los padres estaban casados mientras que el 47,1% estaban separados o divorciados y en el 4,8% de los casos había

fallecido uno de los progenitores. En cuanto al núcleo de convivencia de los niños y adolescentes, se identificaron los siguientes núcleos de residencia: con sus padres (41,9%), con su madre y sus hermanos (39,5%), con su padre y sus hermanos (6,5%), institucionalizados en centros de menores (5,1%), niños adoptados (3,7%), convivencia con otros familiares (2,8%), en régimen de acogida (0,5%). El 90,7% residían con su familia de origen. El 85,7% de las familias de origen eran españolas y el 14,3% eran extranjeros (procedentes de Sudamérica, Europa del este y Caribe). Los pacientes residían en el hábitat urbano en el 71,3% de los casos, mientras que el 28,7% procedían del medio rural.

Por otra parte, en el 25,2% de los casos se identificó disfuncionalidad en el núcleo primario de apoyo. La existencia de disfuncionalidad se estableció en base a los siguientes criterios: existencia de conflicto permanente entre los padres, comportamiento sexual anormal o abuso de tóxicos en el domicilio, dificultades financieras severas, dificultades de escolarización, existencia demostrada de malos tratos o abuso sexual.

En cuanto al perfil clínico de la muestra, cabe destacar que la mayor parte de los pacientes (84,9%) presentaban antecedentes personales psiquiátricos previos a la atención urgente. Los varones presentaban antecedentes personales psiquiátricos con más frecuencia que las mujeres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,007$).

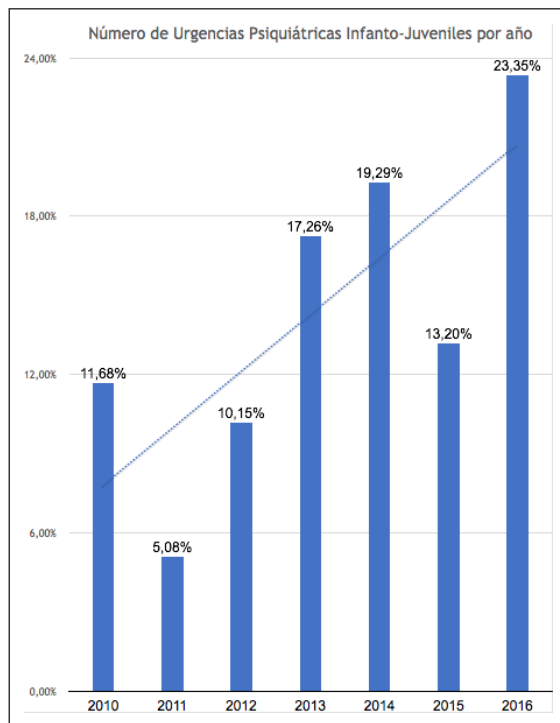


Grafico 1. Numero de Urgencias Psiquiátricas Infanto-Juveniles por año.

Teniendo en cuenta los antecedentes psiquiátricos por grupos diagnósticos específicos, las mujeres presentaban antecedentes de Trastornos de conducta alimentaria y de Trastornos Depresivos con mayor prevalencia que los varones (en ambos casos $p=0,000$). Por su parte los varones presentaban mayor prevalencia de TDAH que las mujeres ($p=0,003$) y también mayor prevalencia de Trastornos del Espectro Autista ($p=0,000$), Trastorno Generalizado del desarrollo ($p=0,000$), Trastorno por tics ($p=0,04$), Trastornos Psicóticos ($p=0,049$) y Trastorno Bipolar ($p=0,002$).

Los antecedentes psiquiátricos más frecuentes en el total de la muestra fueron los Trastornos de conducta (37,2%), seguidos del TDAH (15,1%), los Trastornos del Espectro Autista (11%), los Trastornos Generalizados del desarrollo (11%), los Trastornos Depresivos (9,2%), los Trastornos de conducta alimentaria (7,8%), los Trastornos de ansiedad (4,1%), el Trastorno Bipolar (4,1%), los Trastornos Psicóticos (3,2%), los Trastornos por tics (1,8%), los Trastornos Obsesivo-compulsivos (1,4%) y los antecedentes de episodio maníaco (0,9%). Por otra

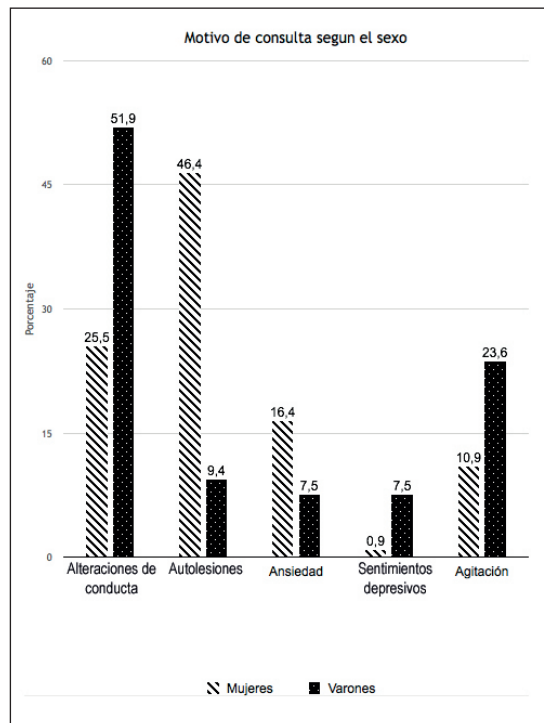


Grafico 2. Motivo de consulta en relación con el sexo.

parte, se detectaron antecedentes personales de eventos traumáticos severos en el 1,4% del total de la muestra.

Los antecedentes personales de intento autolítico ocupan un lugar destacado ya que el 30,4% de la muestra habían realizado al menos un intento de suicidio previo a la atención urgente actual. Además, existen diferencias estadísticamente significativas entre los antecedentes de intento de suicidio y el sexo, siendo estos más prevalentes entre las mujeres (46,4%) que entre los varones (14%) ($p=0,000$).

En cuanto al consumo de tóxicos (estudiado en base a los auto-registros de pacientes y al análisis de drogas en orina en los casos disponibles), se registró una prevalencia de consumo del 11,5%, siendo el cannabis la droga más consumida (9,2%), seguida del alcohol (6%), la cocaína (0,9%) y las anfetaminas (0,5%). Destacamos el hecho de que el consumo de alcohol es más prevalente entre las mujeres (9%) que entre los varones (2,8%), alcanzando el límite de la significación estadística ($p=0,053$).

El 67,4% de la muestra realizaba tratamiento psicofarmacológico previamente a la atención urgente

por Psiquiatría. Se estudiaron las prescripciones previas de los distintos grupos farmacológicos, objetivándose una mayor tasa de tratamiento antipsicótico (39%), ansiolítico (36,4%) y antidepresivo (26,6%) seguido del tratamiento con eutimizantes (12,8%) y estimulantes (12,4%).

Por otra parte, el 28,7% de los pacientes habían precisado al menos un ingreso psiquiátrico previo a la atención urgente.

Así mismo, se identificó que el 57,9% de la muestra presentaba antecedentes familiares psiquiátricos. La prevalencia de dichos antecedentes familiares fue la siguiente: Trastornos Afectivos (28,8%), Trastornos de ansiedad (14,7%), Trastornos Psicóticos (11,7%), abuso o dependencia de tóxicos (9,2%), suicidio consumado en familiar de primer o segundo grado (4,9%), Trastornos de conducta alimentaria (2,5%), TDAH (1,8%), Trastornos de Personalidad (1,8%) y Trastornos del Espectro Autista (0,6%).

En cuanto a los antecedentes personales somáticos, el 17,1% de la muestra presentaba al menos una enfermedad sistémica relevante. Las patologías más frecuentes fueron la epilepsia (9,7%), la enfermedad celiaca (4,6%), la diabetes mellitus (4,1%), las cardiopatías (1,4%), la disfunción tiroidea (1,4%) y la parálisis cerebral (0,9%). Los antecedentes personales somáticos eran más prevalentes entre las mujeres (21,8%) que entre los varones (12,1%), encontrándose en el límite de la significación estadística ($p=0,058$). También se identificaron diferencias estadísticamente significativas en varias patologías somáticas: la diabetes mellitus y la enfermedad celiaca eran más prevalente entre las mujeres ($p=0,03$ y $p=0,01$, respectivamente).

El 14,7% de las atenciones psiquiátricas urgentes a menores de 17 años derivaron en la necesidad de traslado a la Unidad de Hospitalización para su ingreso. Los pacientes que acudieron a Urgencias por sentimientos depresivos presentaron las tasas de ingreso más elevadas (22,2%), con un porcentaje de ingreso psiquiátrico similar al que precisaron los pacientes que acudieron a Urgencias por episodios de agitación (21,6%). La necesidad de ingreso se dio en el 16,9% de los pacientes que acudieron por alteraciones conductuales y en el 13,3% de aquellos que consultaban por autolesiones. Ningún paciente que acudió a Urgencias por ansiedad fue ingresado. Existe significación estadística entre las tasas de ingreso hospitalario y la edad, dado que los pacientes

más jóvenes ingresan con mayor frecuencia ($p=0,039$).

Por último, se analizaron variables relativas al seguimiento prospectivo de estos pacientes. Tras la atención urgente por Psiquiatría en el Hospital Materno-Infantil, se prescribió un nuevo tratamiento farmacológico en el 62,3% de los casos, siendo los antipsicóticos el grupo psicofarmacológico más recetado (38,9%). Otros fármacos frecuentemente prescritos en Urgencias fueron los ansiolíticos (34,3%), los antidepresivos (18,1%) y los eutimizantes (8,3%). Los estimulantes se prescribían únicamente en el 2,8% de las atenciones urgentes. Así mismo, es importante reseñar que solamente el 58,2% de los pacientes retiraban adecuadamente las prescripciones farmacológicas, según los datos registrados por el sistema informático de prescripción electrónica.

El 72,5% de los pacientes fueron derivados a las consultas de su Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de referencia tras el alta en Urgencias, por lo que en el 27,5% de los casos no se registró indicación de seguimiento especializado. Entre los pacientes con derivación a Salud Mental, el 81,1% acudieron a la primera consulta.

Finalmente, se realizó un seguimiento de la estabilidad diagnóstica a lo largo del periodo estudiado (enero 2010 – mayo 2017), en función de la codificación diagnóstica según de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) recogida en la historia clínica. El 77,8% de los casos mantenían el diagnóstico psiquiátrico inicial al final del seguimiento.

DISCUSIÓN

A lo largo de los siete años de seguimiento (2010-2017) se ha identificado un progresivo incremento en la demanda de urgencias psiquiátricas infanto-juveniles. Esta tendencia ascendente en el número de atenciones psiquiátricas urgentes en niños y adolescentes también se ha registrado en otras muestras nacionales² e internacionales⁵⁰.

Por otra parte, algunos estudios identifican que los episodios psiquiátricos urgentes en este colectivo también son cada vez más graves, detectándose un aumento en el riesgo suicida entre los niños y adolescentes atendidos en los Servicios de Urgencias por patología psiquiátrica¹¹. Estos datos concuerdan con la elevada frecuencia de intentos autolíticos tanto en el presente estudio como en otras cohortes nacionales⁵¹.

Si bien el tamaño muestral del presente estudio

es más reducido que otras muestras internacionales disponibles, existen escasas publicaciones con un tiempo de seguimiento superior a 2 años⁵² y pocos estudios incluyen variables relativas a la evolución del paciente tras el alta en el Servicio de Urgencias⁵³.

A pesar de la heterogeneidad de los estudios sobre Urgencias Psiquiátricas Infanto-Juveniles, el perfil clínico y socio-demográfico de nuestra muestra es similar al perfil descrito por otros estudios nacionales¹² e internacionales⁵⁴. En especial, se identifican importantes diferencias de género entre los niños y adolescentes de la muestra, siendo estos resultados también concordantes con la literatura disponible. Mientras los varones acuden a Urgencias por alteraciones conductuales, las mujeres presentan una mayor prevalencia de autolesiones⁵⁵⁻⁵⁸.

El grupo de pacientes que acude a Urgencias Psiquiátricas Infanto-Juveniles con más frecuencia son los adolescentes, existiendo tasas elevadas de poli-frecuentación (superiores a las reflejadas en otros estudios similares). Se ha descrito que un elevado porcentaje de niños y adolescentes valorados en urgencias por problemas de Salud Mental, re-acuden a dicho dispositivo⁴ y se ha identificado que hasta el 50% de los casos valorados en Urgencias Psiquiátricas Infanto-Juveniles acuden de nuevo a este dispositivo en intervalos cortos de seguimiento (dos meses – un año)⁸.

Como factores predictores de retorno a Urgencias se han identificado: edad 15-19 años, institucionalización en centros de acogida, antecedentes personales psiquiátricos, estructuración en la ideación suicida, presencia de síntomas afectivos y consumo de drogas⁵³. Dado que la mayoría de dichos factores son altamente prevalentes en la presente cohorte, también podrían explicar las elevadas tasas de poli-frecuentación descritas.

En nuestra muestra se identificó una mayor prevalencia de antecedentes psiquiátricos personales y de tratamiento psicofarmacológico previo a la atención urgente, en comparación con otros estudios similares⁵⁹⁻⁶¹. Cabe reseñar las elevadas tasas de prescripción de antipsicóticos y ansiolíticos pese a las precauciones reflejadas en las principales guías clínicas, ya que tanto la guía NICE (2015) como los protocolos de prescripción de las guías American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2016) alertan del riesgo que estos grupos terapéuticos implican en la infancia y adolescencia.

Así mismo, en el presente estudio destaca una menor prevalencia de consumo de tóxicos en comparación con

otros estudios⁶². Este hecho podría estar en relación con el auto-registro realizado por los pacientes, con ocultación de dicho consumo y con las variaciones en la utilización de pruebas para la determinación de tóxicos en orina. Los estudios epidemiológicos disponibles encuentran que el consumo de tóxicos se ha incrementado entre los adolescentes. Se estima que el 38,7% de los adolescentes consumen alcohol y el 23,1% consumen cannabis al menos una vez al mes. Por otra parte, las intoxicaciones agudas representan un frecuente motivo de atención urgente. En estos casos, una primera intervención preventiva desde el Servicio de Urgencias se postula como eficaz y es especialmente necesaria en pacientes de alto riesgo (padres con psicopatología, entorno de riesgo, estrés, familias monoparentales o conflictos intrafamiliares, antecedentes personales de Trastorno de Conducta y TDAH en varones, antecedentes personales de Trastornos de ansiedad y Trastornos Depresivos en mujeres).

No obstante, en concordancia con otras muestras similares, se identifica que el consumo de cannabis supera al resto de tóxicos⁵². Por otra parte, consideramos relevante la mayor prevalencia de consumo enólico entre las mujeres que entre los varones dado que el alcohol puede actuar como un factor desinhibidor y desencadenante de conductas suicidas^{63,64}. También debemos tener en cuenta que la presencia de episodios de ingesta enólica aguda durante la adolescencia aumenta la probabilidad de presentar problemas relacionados con el alcohol en el futuro⁶⁵.

En cuanto a la prevalencia de antecedentes somáticos, encontramos prevalencias entre tres y diez veces superiores a la población general durante la infancia y la adolescencia. Destaca la elevada prevalencia de epilepsia, diabetes mellitus y enfermedad celiaca. Estas tres patologías – en especial la epilepsia - se han correlacionado con la existencia de comorbilidad psiquiátrica en el colectivo que nos ocupa⁶⁶.

El perfil socio-demográfico de la muestra es globalmente desfavorable, con elevadas tasas de disfuncionalidad en el núcleo primario de apoyo, una elevada proporción de antecedentes familiares psiquiátricos y un elevado porcentaje de familias uni-parentales con padres separados o divorciados. Estos datos concuerdan con los hallazgos señalados por otros estudios similares y pueden actuar como factores estresores desencadenando episodios tanto agudos como prolongados de alteraciones

psicopatológicas^{56, 60}.

En cuanto a las variables de seguimiento, destaca en nuestra muestra una menor tasa de ingreso hospitalario tras la atención urgente que en otras muestras internacionales^{4,8,10,55} y nacionales^{12,58} de características similares. Estas diferencias podrían estar en relación con la escasez de recursos de hospitalización para niños y adolescentes en la Comunidad Autónoma de Galicia.

El presente estudio presenta también algunas limitaciones: al igual que la gran mayoría de la evidencia disponible, se trata de un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo y con una única muestra. Así mismo, no se analizan de las variables culturales y su relación con la necesidad de atención psiquiátrica urgente^{67,68}. Por otra parte, el número total de urgencias psiquiátricas infanto-juveniles puede resultar poco llamativo dado que una importante cantidad de estas urgencias son atendidas por el Servicio de Pediatría de nuestro hospital sin realizar interconsulta a Psiquiatría.

No obstante, consideramos que los resultados son de utilidad a la hora de analizar las necesidades de la población infanto-juvenil con respecto a la Salud Mental, así como diseñar programas para mejorar la eficacia y la adherencia terapéutica tras las atenciones psiquiátricas urgentes.

Conflicto de intereses: No existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Taastrøm 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 Aug;68(6):385-90. doi: 10.3109/08039488.2013.846410.
2. Argemí S, Cobo J, Pujol G, Bartoli D, Aldecoa V, García M. Características y evolución de las urgencias psiquiátricas infantojuveniles en un servicio general de urgencias pediátricas hospitalarias. *Acta Pediatr Esp*. 2010; 68(11): 547-553.
3. Kua PH, Wu L, Ong EL, Lim ZY, Yiew JL, Thia XH, Sung SC. Understanding decisions leading to nonurgent visits to the paediatric emergency department: caregivers' perspectives. Singapore

Med J. 2016 Jun;57(6):314-9. doi:10.11622/smedj.2016023.

4. Parker, KC., Roberts, N., Williams, C. Urgent adolescent psychiatric consultations: from the accident and emergency department to inpatient adolescent psychiatry. *J Adolesc* 2003, 26, 283-93
5. Smith, DH., Hadorn, DC. Lining up for children's mental health services: a tool for prioritizing waiting lists. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002, 41, 367-77
6. Offord, DR., Boyle, MH., Fleming, JE. Ontario child health study: summary of the selected results. *Can J Psychiatry* 1989, 34, 483-91
7. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Ginebra: WHO, 2000.
8. National Institute of Mental Health, 1999. Brief Notes on the Mental Health of Children and Adolescents. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health, 1999.
9. U.S. Department of Health and Human Services. HHS Fact Sheet on Mental Health Issues. www.hhs.gov.2001.com
10. Meehan, P., Lamb, J., Saltzman, L., O'Carroll, P. Attempted suicide among young adults progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am J Psychiatry* 1992, 149(1), 41-44
11. Zelaya de Migliorisi, L., Piris de Almirón, L., Migliorisi, B. Intentos de suicidio en niños y adolescentes. *¿Máscara de Maltrato Infantil? Pediatr. (Asuncion)*, 2012, vol.39 no.3.
12. Danice K. Eaton, Laura Kann, Steve Kinchen, Shari Shanklin, Katherine H. Flint, Joseph Hawkins et al. Youth risk behaviour surveillance, United States, 2011. *Surveillance Summaries/Vol. 61/No. 4. Morbidity and Mortality Weekly*.
13. Ting SA, Sullivan AF, Boudreaux ED, Miller I, Camargo CA Jr. Trends in US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1993-2008. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 Sep-Oct;34(5):557-65. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2012.03.020.
14. Sihvola E, Keski-Rahkonen A, Dick DM, Pulkkinen L, Rose RJ, Marttunen M, Kaprio J. Minor depression in adolescence: phenomenology and clinical correlates. *J Affect Disord*. 2007

- Jan;97(1-3):211-8.
15. Ramsawh, HJ., Chavira, DA., Kanegaye, JT., Ancoli-Israel, S., Madati, PJ., Stein, M. Screening for adolescent anxiety disorders in a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care* 2012, 10(28), 1041-7
 16. Manor I, Gutnik I, Ben-Dor DH, Apter A, Sever J, Tyano S, Zalsman G. Possible association between attention deficit hyperactivity disorder and attempted suicide in adolescents - A pilot study. *European Psychiatry*. 2010;25(3):146-150
 17. Sourander A, Klomek AB, Niemela S, Haavisto A, Gyllenberg D, Helenius H, Gould MS. Childhood predictors of completed and severe suicide attempts: Findings from the Finnish 1981 Birth Cohort Study. *Archives of General Psychiatry*. 2009;66(4):398-406
 18. Impey M, Heun R. Completed suicide, ideation and attempt in attention deficit hyperactive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2012;125(2):93-102
 19. Horesh N, Gothelf D, Ofek H, Weizman T, Apter A. Impulsivity as a correlate of suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *Crisis*. 1999;20(1):8-14
 20. Kerr DCR, Washburn JJ, Feingold A, Kramer AC, Ivey AZ, King CA. Sequelae of aggression in acutely suicidal adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2007;35(5):817-830
 21. Kasen S, Cohen P, Chen H. Developmental course of impulsivity and capability from age 10 to age 25 as related to trajectory of suicide attempt in a community cohort. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2011;41(2):180-192
 22. Ben-Yehuda A, Aviram S, Govezensky J, Nitzan U, Levkovitz Y, Bloch Y. Suicidal behavior in minors - Diagnostic differences between children and adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2012;33(7):542-547
 23. Elkins IJ, Malone S, Keyes M, Iacono WG, McGue M. The impact of attention-deficit hyperactivity disorder on preadolescent adjustment may be greater girls than for boys. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2011;40(4):532-545
 24. Mannuzza S, Klein RG. Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2000;9(8):711-726
 25. Zahn-Waxler C, Park JH, Usher B, Belouad F, Cole P, Gruber R. Young children's representations of conflict and distress: A longitudinal study of boys and girls with disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*. 2008;20:99-119
 26. Farone SV, Wilens TE, Petty C. Substance use among ADHD adults: Implications of late onset and sub threshold diagnoses. *The American Journal on Addictions*. 2007;16(1):24-34
 27. Torok M, Darke S, Kaye S. Predisposed violent drug users versus drug users who commit violence: Does the order of onset translate to differences in the severity of violent offending? *Drug and Alcohol Review*. 2012;31(4):558-565
 28. Pardini DA, Fite PJ. Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention deficit/hyperactivity disorder, and callous-unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: Advancing an evidence base for DSM-V. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010;49(11):1134-1144
 29. Baren, JM., Mace, SE., Hendry, PL., Dietrich, AM., Goldman, RD, Goldman, RM., Warden, CR. Children's mental health emergencies--part 2: emergency department evaluation and treatment of children with mental health disorders 2008, 7(24), 485-498
 30. Chun, TH., Katz, ER., Duffy, SJ., Gerson, RS. Challenges of managing pediatric mental health crises in the emergency department. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2015, 1(24), 21-40
 31. Dolan, Margaret A; Fein, Joel A. Pediatric and adolescent mental health emergencies in the emergency medical services system. *Pediatrics*, 2011, 5(127), e1356-e1366
 32. Hoyle JD Jr, White LJ. Pediatric mental health emergencies: summary of a multidisciplinary panel. *Prehosp Emerg Care*. 2003 Jan-Mar;7(1):60-5.
 33. Hoyle, JD., White, LJ. Treatment of pediatric and adolescent mental health emergencies in the United States: current practices, models, barriers, and potential solutions. *Prehospital Emergency*

- Care 2003, 1(7), 66-73
34. Rogers, SC., Griffin, LC., Masso, PD., Stevens, M., Mangini, L., Smith, SR. CARES: improving the care and disposition of psychiatric patients in the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care* 2015, 3(31), 173-177
 35. Hamm MP, Osmond M, Curran J, Scott S, Ali S, Hartling L, Gokiart R, Cappelli M, Hnatko G, Newton AS. A systematic review of crisis interventions used in the emergency department: recommendations for pediatric care and research. *Pediatr Emerg Care*. 2010 Dec;26(12):952-62. doi: 10.1097/PEC.0b013e3181fe9211.
 36. Mahajan P, Thomas R, Rosenberg DR, et al. Evaluation of a child guidance model for visits for mental disorders to an inner-city pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2007;23(4):212Y217
 37. Foltin GL. Critical issues in urban emergency medical services for children. *Pediatrics*. 1995 Jul;96(1 Pt 2):174-9.
 38. Heneghan A, Garner AS, Storfer-Isser A, et al. Pediatricians' role in providing mental health care for children and adolescents: do pediatricians and child and adolescent psychiatrists agree? *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*. 2008;29(4):262-9
 39. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine; American College of Emergency Physicians Pediatric Committee; Emergency Nurses Association Pediatric Committee. Joint policy statement--guidelines for care of children in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2009 Oct;54(4):543-52. doi: 10.1016/j.annemergmed.2009.08.010. PubMed PMID: 19769888.
 40. Newton, AS., Ali, S., Johnson, DW., Haines, C., Rosychuk, RJ., Keaschuk, RA., Jacobs, P., Klassen, TP. A 4-year review of pediatric mental health emergencies in Alberta. *CJEM Canadian Journal of Emergency Medical Care*, 2009, 5(11),447 – 5
 41. Leyva Correa M., et al. Caracterización de algunos factores socio-psicológicos en adolescentes con intento suicida en el municipio Morón, Medicego 2012; 18 (Supl. 2).
 42. Di Lorenzo R, Cimino N, Di Pietro E, Pollutri G, Neviani V, Ferri P. A 5-year retrospective study of demographic, anamnestic, and clinical factors related to psychiatric hospitalizations of adolescent patients. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016. 18;12:191-201.
 43. Stewart SE, Manion IG, Davidson SI, et al. Suicidal children and adolescents with first emergency room presentations: predictors of six-month outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(5):580Y587
 44. Toledo, M. Variables Clínicas y Demográficas de las urgencias psiquiátricas infantiles en el Hospital Hermilio Valdizan. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, Vol V N° 1 Enero-Junio 2004, pp 83-91.
 45. Starling J, Bridgland K, Rose D. Psychiatric emergencies in children and adolescents: an Emergency Department audit. *Australas Psychiatry*. 2006 Dec;14(4):403-7.
 46. Kennedy A, Cloutier P, Glennie JE, Gray C. Establishing best practice in pediatric emergency mental health: a prospective study examining clinical characteristics. *Pediatric Emergency Care*. 2009. 25(6), 380-6. doi: 10.1097/PEC.0b013e3181a79223
 47. Akkaya-Kalayci, T., Popow, C., Waldhör, T., Winkler, D., Özlü-Erkilic, Z., 2017. Psychiatric emergencies of minors with and without migration background. *Neuropsychiatr* 31, 1-7.
 48. Crespo Marcos D, Solana García MJ, Marañón Pardillo R, Gutiérrez Regidor C, Crespo Medina M, Míguez Navarro C, Vázquez López P. Psychiatric patients in the pediatric emergency department of a tertiary care center: review of a 6-month period. *An Pediatr (Barc)*. 2006 Jun;64(6):536-41
 49. Sullivan, A M y Rivera, J. Profile of a comprehensive psychiatric emergency program in a New York City municipal hospital. *Psychiatric Quarterly* 2000, 2(71), 123-38
 50. Healy, E., Swaroopa, S., Subotsky, F., Fombonne, E. Emergency presentations to an inner-city

- adolescent psychiatric service. *Journal of adolescence* 2002, 4(25), 397-404
51. Liu, S., Ali, S., Rosychuk, R.J., Newton, A.S., 2014. Characteristics of children and youth who visit the emergency department for a behavioural disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 23, 111-7.
52. Jiménez-Escobar I, Weingerz-Mehl S, Castillo-Macedo E, Jiménez-Gutiérrez C, Gutiérrez-Castrellón P. Characterization of adolescents and reason for the visit when attending the pediatric emergency department of the General Hospital Dr. Manuel Gea González. *Gac Med Mex.* 2016;152(1):30-5.
53. Gauthier, JM., Witte, TK., & Correia, CJ. Suicide Ideation, Alcohol Consumption, Motives, and Related Problems: Exploring the Association in College Students. *Suicide & Life-threatening behaviors*, 2016.
54. Bellos, S., Skapinakis, P., Rai, D., Zitko, P., Araya, R., Lewis, G., Lionis, C., & Mavreas, V. Longitudinal association between different levels of alcohol consumption and a new onset of depression and generalized anxiety disorder: Results from an international study in primary care. *Psychiatry Research.* 2016, 243, 30-34
55. Matalí Costa JL, Serrano Troncoso E, Pardo Gallego M, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla A, Luaces Cubells C, San Molina L. Profile of adolescents seen in emergency departments with acute alcohol poisoning. *An Pediatr (Barc).* 2012 Jan;76(1):30-7. doi: 10.1016/j.anpedi.2011.07.003.
56. Verrotti A, Carrozzino D, Milioni M, Minna M, Fulcheri M. Epilepsy and its main psychiatric comorbidities in adults and children. *J Neurol Sci.* 2014, 15;343(1-2):23-9.
57. Truman CD, Reutter L. Care-giving and care-seeking behaviours of parents who take their children to an emergency department for non-urgent care. *Can J Public Health.* 2002 Jan-Feb;93(1):41-6.
58. Janssens A, Hayen S, Walraven V, Leys M, Deboutte D. Emergency psychiatric care for children and adolescents: a literature review. *Pediatr Emerg Care.* 2013 Sep;29(9):1041-50. doi: 10.1097/PEC.0b013e3182a393e7
59. Sullivan, A M y Rivera, J. Profile of a comprehensive psychiatric emergency program in a New York City municipal hospital. *Psychiatric Quarterly* 2000, 2(71), 123-38
60. Healy, E., Swaroopa, S., Subotsky, F., Fombonne, E. Emergency presentations to an inner-city adolescent psychiatric service. *Journal of adolescence* 2002, 4(25), 397-404
61. Liu, S., Ali, S., Rosychuk, R.J., Newton, A.S., 2014. Characteristics of children and youth who visit the emergency department for a behavioural disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 23, 111-7.
62. Jiménez-Escobar I, Weingerz-Mehl S, Castillo-Macedo E, Jiménez-Gutiérrez C, Gutiérrez-Castrellón P. Characterization of adolescents and reason for the visit when attending the pediatric emergency department of the General Hospital Dr. Manuel Gea González. *Gac Med Mex.* 2016;152(1):30-5.
63. Gauthier, JM., Witte, TK., & Correia, CJ. Suicide Ideation, Alcohol Consumption, Motives, and Related Problems: Exploring the Association in College Students. *Suicide & Life-threatening behaviors*, 2016.
64. Bellos, S., Skapinakis, P., Rai, D., Zitko, P., Araya, R., Lewis, G., Lionis, C., & Mavreas, V. Longitudinal association between different levels of alcohol consumption and a new onset of depression and generalized anxiety disorder: Results from an international study in primary care. *Psychiatry Research.* 2016, 243, 30-34
65. Matalí Costa JL, Serrano Troncoso E, Pardo Gallego M, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla A, Luaces Cubells C, San Molina L. Profile of adolescents seen in emergency departments with acute alcohol poisoning. *An Pediatr (Barc).* 2012 Jan;76(1):30-7. doi: 10.1016/j.anpedi.2011.07.003.
66. Verrotti A, Carrozzino D, Milioni M, Minna M, Fulcheri M. Epilepsy and its main psychiatric

**Águeda Fernández-Quintana,
Ana Novo-Ponte
Candela Quiroga-Fernández
Rebeca Méndez-Iglesias
César Pereiro-Gómez**

Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: 7 años de seguimiento

30

- comorbidities in adults and children. *J Neurol Sci.* 2014, 15;343(1-2):23-9.
67. Truman CD, Reutter L. Care-giving and care-seeking behaviours of parents who take their children to an emergency department for non-urgent care. *Can J Public Health.* 2002 Jan-Feb;93(1):41-6.
68. Janssens A, Hayen S, Walraven V, Leys M, Deboutte D. Emergency psychiatric care for children and adolescents: a literature review. *Pediatr Emerg Care.* 2013 Sep;29(9):1041-50. doi: 10.1097/PEC.0b013e3182a393e7

**Rebeca Hernández Antón (1);
Sofía Gómez Sánchez (1);
Beatriz Mongil López (2);
Soraya Geijo Uribe (2);
Isabel Sevillano Benito (3);
Guillermo Isidro García (4)**

(1): MIR Psiquiatría Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

(2): FEA Psiquiatría Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

(3): FEA Psiquiatría Complejo Asistencial de Ávila.

(4): FEA Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Correspondencia:

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Planta 11.
Secretaría de Psiquiatría. C/Ramón y Cajal, 3.
47005. Valladolid

*“QUIERO SER COMO JEFF,
THE KILLER” Lo disocial en
menores, un diagnóstico difícil*

*“I WANT TO BE LIKE JEFF,
THE KILLER” The disocial in
minors, a difficult diagnosis*

RESUMEN

Presentamos en caso clínico de una paciente de 15 años, sin antecedentes de Salud Mental, que ingresa en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil por alteraciones conductuales y agresividad en escalada, tanto en el domicilio, como en el colegio.

Es un ejemplo de que la psicopatología en edades tempranas no está tan claramente definida, y que puede adoptar formas muy diversas. Es difícil establecer una línea divisoria entre lo psicótico y lo afectivo, lo afectivo y lo caracterial e incluso lo normal de la patología. Encontramos compatibilidad con un Trastorno del espectro autista; Esquizotipia y Trastorno disocial de la personalidad.

En la discusión expondremos el diagnóstico diferencial y nos centraremos en el Trastorno Disocial, ya que continúa siendo un tema controvertido en Psiquiatría; ¿qué es?, ¿presenta dificultades en el diagnóstico?, ¿existe relación entre niños y adulto? y ¿cuál es el tratamiento?

Palabras claves: conducta disruptiva; insensibilidad afectiva; extravagancia; normas sociales.

ABSTRACT

We present the clinical case of a 15-year-old patient, with no history of Mental Health, who ingresses the

Child and Adolescent Psychiatry Unit due to behavioral alterations and aggressiveness at home and at school.

It is an example that psychopathology in children and adolescents is not so clearly defined, and that it can take many different forms. It is difficult to establish a dividing line between the psychotic and the affective, between the affective and the personality and even between the normal of the pathology.

We found compatibility with an Autism Spectrum Disorder; Schizotypia and Dissocial Personality Disorder.

In the discussion we will discuss the differential diagnosis; focusing on the Disocial Disorder, since it continues to be a controversial topic in Psychiatry; what is it? Is there a difficulty in the diagnosis? Is there a relationship between children and adults? And what is treatment?

Keywords: disruptive behavior; affective insensibility; extravagance; social norms.

CASO CLÍNICO INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de una adolescente de 15 años, que ingresa en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil por alteraciones de conducta y episodios de heteroagresividad.

Rebeca Hernández Antón
Sofía Gómez Sánchez
Beatriz Mongil López
Soraya Geijo Uribe
Isabel Sevillano Benito
Guillermo Isidro García

“QUIERO SER COMO JEFF, THE KILLER” Lo disocial en menores, un diagnóstico difícil

32

En la discusión nos centramos en el diagnóstico diferencial: predominan rasgos aspergerianos y de personalidad esquizotípicos y disociales. Y ahondamos más en el trastorno disocial: ¿qué es?, ¿cuál es su repercusión legal?, ¿es difícil diagnosticarlo en la clínica?, ¿preferimos no remarcarlo en la historia clínica por las implicaciones legales y sociolaborales que implicarían?, ¿existe tratamiento?, ¿existe asociación entre Trastorno Disocial del niño y Trastorno Disocial del adulto?

El Trastorno disocial es una de las entidades más controvertidas en Psiquiatría. Los sentidos con que se ha empleado la expresión son muy diversos y la problemática penal al respecto no está claramente planteada.

En la cuarta edición revisada del manual The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), el Trastorno Disocial (TD) se localizaba en la desaparecida categoría “Trastornos de Inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”. En el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) aparece agrupado bajo el nuevo epígrafe “Trastornos Perturbadores, del Control de Impulsos y de Conducta”, junto con el Trastorno Negativista Desafiante (TND), el Trastorno Explosivo Intermitente, el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), la Piromanía, la Cleptomanía y otros trastornos perturbadores, del control de impulsos y de conducta especificados y no especificados.

Se trata de un conjunto persistente de comportamientos que evolucionan con el tiempo. Se caracteriza por comportamientos destructores en contra de la sociedad, que violan los derechos de otras personas, las normas y reglas adecuadas para la edad y utilizan el engaño para lograr sus objetivos. Estas manifestaciones van unidas a una serie de situaciones familiares, sociales y escolares que las pueden iniciar o mantener: aunque aparecen en etapas infantiles pueden continuar en la adolescencia y se extienden a la edad adulta.

ANAMNESIS

Motivo de consulta: paciente derivada para ingreso por alteraciones de conducta en escalada.

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes sociolaborales:

Mujer de 15 años, padres separados, que reside con su madre y la pareja de ésta en un medio urbano.

Contacto exclusivamente telefónico con su padre biológico desde hace 2 años.

Hija única.

En el momento actual cursa 3ºE.S.O. En cuanto al rendimiento, refieren que “en clase está en otro mundo, dibujando y que antes no era así”. Previamente había estado en otro centro escolar donde la adaptación fue buena.

Antecedentes médicos:

- Sin alergias medicamentosas conocidas.
- Crisis epilépticas desde el primer año de vida, se filian como crisis de ausencia. Estuvo en tratamiento con ácido valproico, que se retiró, sin reaparición de la clínica
- Desarrollo: Embarazo de 39 semanas. Parto eutócico sin complicaciones. Pesó al nacer 2,900 Kg y midió 47 cm. Lactancia natural hasta los 9 meses, buena adaptación a la alimentación complementaria. Lo describen como un bebé muy llorón. Desarrollo psicomotor y del lenguaje adecuado. Control esfinteriano muy temprano. Niña autónoma. Inicia socialización extrafamiliar (guardería) a los 2 años y escolarización a los 3 años con buena adaptación, sin dificultades conductuales y buenos resultados en Educación Primaria.
- Ha consumido alcohol de forma puntual. Niega consumo de otros tóxicos.

Antecedentes en Salud Mental: No constan

Antecedentes familiares:

- Madre: 37 años. Trabaja como auxiliar de ayuda a domicilio. Divorciada, convive con su pareja. Es la mayor de 2 hermanos. Sana.
- Padre: 39 años. Natural de Argentina. Mapuche. Vive en Alemania. No mantiene contacto con la paciente. Desconocen antecedentes somáticos y/o psicopatológicos pero le describen como “huraño, temeroso, suspicaz. Muy irritable y mentiroso” Posible enfermedad mental en la familia del padre que no saben filiar.
- Abuelo materno 69 años, sano.
- Abuela materna 59 años, sana.
- Prima carnal con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

- Pareja madre: 47 años. Barítono y director de escena. Ejerce la figura paterna. Sano.

Proceso actual:

Mujer de 15 años, que reside con su madre y la pareja de ésta en una población urbana. Sin antecedentes psiquiátricos hasta hace dos meses, cuando consulta a Psiquiatría Infanto Juvenil Psicología en el ámbito privado, por iniciativa de los padres, debido a alteraciones de conducta y comportamientos inadecuados y agresivos en el colegio y en su domicilio; pautándose Clomipramina 25 mg/día y Risperidona 1,5 mg/ día. El día del ingreso, tras intentar agredir a un compañero con un cuchillo fue llevada al Servicio de Urgencias, decidiéndose ingreso a la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil.

La paciente refiere que desde muy pequeña se ha sentido diferente al resto de niños. Siempre ha escogido actividades solitarias. Refiere haber sido objeto de burlas y rechazo de sus compañeros desde la infancia, que se han agravado en los últimos meses. Manifiesta que sus compañeros de clase le han insultado “por ser diferente”. En dos ocasiones ha intentado agredir con unas tijeras a uno de sus compañeros quien comenta que la insultaba, con la intención de matarlo. Sus padres han encontrado escritos con sus objetivos, así como una lista de otras personas a las que quería agredir. “X va a morir de la siguiente manera: le voy a clavar unas tijeras en el cuello y después voy a cortarle una oreja”. “Voy a tirar a su amigo por las escaleras.”

Interés excesivo por el manga violento, en el creepypasta (historias cortas de horror recogidas y compartidas a través de Internet con la intención de asustar o inquietar al lector, similares a leyendas urbanas), “Quiero hacerme la sonrisa eterna y ser como Jeff, The Killer” (se trata un muchacho de 14 años de edad quien es invitado a una fiesta de cumpleaños, sólo para ser atacado por otros tres adolescentes que antes ya lo habían atacado y enviado a su hermano al reformatorio. Durante el ataque, Jeff es rociado con lejía y alcohol y luego fuego. Después, él comienza a perder la cordura y quema sus párpados para no volver a parpadear cuando se mira al espejo, y desfigura su boca de una manera que sólo pueda sonreír. Cuando la madre de Jeff le dice a su padre que consiga un arma, Jeff los apuñala hasta matarlos. Luego se dirige hacia su hermano y lo mata); “Me gustan los dibujos manga, sádicos y homosexuales”. Actividades y gustos limitados a: leer, ver o dibujar manga y, en

general, cuestiones relacionadas con el mundo oriental cuyo contenido suele ser poco apropiado para su edad (marginal, sexual...).

Dice tener amigas, pero reconoce dificultades para relacionarse y tener poca capacidad para mantener relaciones estrechas (imagen 1).

Se define como una persona poco sociable, introvertida, poco empática, con dificultades para manifestar sus sentimientos, rara, con pensamiento mágico y a la que no le gusta cumplir las normas.

Por la información de su madre y su pareja, el desarrollo evolutivo impresiona normal, aunque quedan dudas en las áreas de desarrollo social y emocional. Ambos refieren un empeoramiento conductual en estos últimos dos años, calificando este último como “horrible” por los cambios de humor frecuentes, baja tolerancia a la frustración e interés excesivo en el manga con identificación e imitación de los personajes más violentos o de temática homosexual. Definen patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de comportamiento.

Se niega a ceder y/o negociar con compañeros o adultos. No cumple las normas.

Cada vez se aprecia mayor irritabilidad con episodios de agresividad ante mínimas frustraciones. Ante la dificultad de manejo de estos episodios acuden en varias ocasiones a Urgencias. Se pospone la reincorporación a las aulas por la clínica conductual, acudiendo sólo en un par de ocasiones que la paciente vive como negativas.

Ante la imposibilidad de manejo ambulatorio se decidió el ingreso.

Exploración física:

Exploración psicopatológica: Al ingreso consciente y orientada auto-alopsíquicamente. Aspecto extraño, vestimentas ambiguas. Se muestra tensa con rigidez troncular y andar robótico. Escaso contacto ocular e inexpresividad facial. Tiende a ponerse la mano en la

boca y mantener una postura rígida. Frotamiento de manos y movimientos repetitivos peribucales que la llevan a autolesionarse en situaciones de ansiedad social importante. Leguaje circunstancial; temática centrada en el manga, ocasionalmente provocadora con el discurso. Frases estereotipadas. Le es difícil expresar sus emociones. Eutímica. Afecto inapropiado. Mantiene una actitud fría, con el tema de la violencia, mostrándose indiferente ante las consecuencias negativas de la violencia e incluso sonriendo al hablar de ello; y nula

Rebeca Hernández Antón
Sofía Gómez Sánchez
Beatriz Mongil López
Soraya Geijo Uribe
Isabel Sevillano Benito
Guillermo Isidro García

“QUIERO SER COMO JEFF, THE KILLER” Lo disocial en menores, un diagnóstico difícil

34

repercusión emocional, únicamente cuando habla del tema del manga y sus intenciones de agredir a su compañero. Ansiedad ideica y somáticas leves. Irritabilidad. Pensamiento inflexible y mágico sobre la necesidad de venganza ante la situación que ella percibe como acoso escolar. Búsqueda de comportamientos excéntricos, reconoce querer generar miedo como defensa ante posibles agresiones. Incumplimiento de normas sociales. Dificultades para empatizar con los demás. No aprende de las reacciones de las personas de su alrededor. Dificultad de relación con sus iguales. Susplicia centrada en un compañero de clase. Sin alteraciones sensorio-perceptivas ni de la vivencia del yo. No auto- ni heteroagresividad en el momento actual. Crítica parcial de los episodios de agresividad familiar. No ideas de muerte, ideación de autolisis como forma de controlar su frustración. Ritmos biológicos conservados. FIS aparentemente conservadas. Poca tolerancia a la frustración. Incumplimiento de las normas sociales. Buen apoyo social y familiar.

Exploraciones complementarias:

- *EKG*: Ritmo sinusal. PR 120 mseg. QRS 100 mseg. Sin alteraciones agudas de la repolarización.

- *Análítica hemática*: Hemograma normal en sus tres series. Bioquímica sanguínea: Perfiles hidrocarbonado, lipídico, hepático, renal y hormonas (T3 total, T3 libre, T4 total, T4 libre, TSH y prolactina basal) dentro de los límites normales.

- *Análítica orina*: Sistemático normal. Sedimento: Hematíes aislados. Leucocitos 4 a 6 campo. Flora negativa.

- *RM cerebral sin contraste*: estructura encefálica supra e infratentoriales de morfología e intensidad de señal dentro de la normalidad. Línea media centrada. Sistema ventricular de tamaño normal, cisternas basales y peritronculares libres.

- *Exploraciones psicológicas*:

- Subpruebas cognición social de Batería Neuropsicológica NEPSY-II:
- -Subprueba reconocimiento de emociones: rendimiento en el límite inferior de la media de su grupo normativo.
- -Subprueba de teoría de la mente: Percentil; 11-25.
- Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI): altas puntuaciones obtenidas en los prototipos Rudo y Egocéntrico y Personalidad Rebelde (equivalente al Trastorno Antisocial),

clínicamente significativas.

- *Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC-IV)*:

CI total: 88; Razonamiento perceptivo: 91; Memoria de trabajo: 97; Velocidad de proceso: 82; Comprensión Verbal: 97

- *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST)*:

Refleja una excesiva rigidez cognitiva tal y como se observa en el elevado número de errores perseverativos y la dificultad para completar categorías (2 categorías completadas). No es capaz de cambiar el criterio de decisión a pesar del feedback negativo sobre su ejecución.

DIAGNÓSTICO

Este es un ejemplo de que la psicopatología en edades tempranas no está tan claramente definida, y que puede adoptar formas muy diversas. Es difícil establecer una línea divisoria entre lo psicótico y lo afectivo, lo afectivo y lo caracterial e incluso lo normal de la patología. Se decide mantener el diagnóstico aplazado. Encontramos compatibilidad con:

- Rasgos del espectro autista.
- Rasgos esquizotípicos de la personalidad.
- Rasgos disociales de la personalidad.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Psicofarmacológico: Se suspende el primer día tratamiento con clomipramina y unos días después la risperidona, manteniéndose únicamente con zonisamida. Se evidencia entonces una mejoría en el contacto ocular y de la latencia en la respuesta, pero con un incremento de la ansiedad social, de irritabilidad e impulsividad ante mínimas frustraciones y labilidad emocional, razones por la que se reinicia tratamiento con Fluoxetina 20mg/día y Tranxilium 5 mg si ansiedad; con notable mejoría. Tras contactar con Neurología se plantea retirada paulatina de zonisamida con buena tolerancia.

Se realizan las **siguientes intervenciones**: Se trabajan habilidades de entrevista, relajación, psicomotricidad; planificación y seguimiento de las actividades diarias (Figura 2).

La paciente evolucionó de forma positiva en la Unidad, asumiendo las normas y límites que se le impusieron; mostrándose más relajada y expresiva, tanto en su discurso como en su gesto. Buscaba en los compañeros

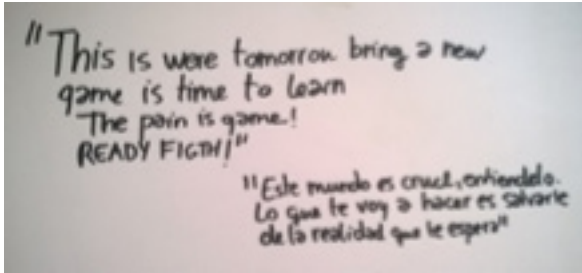


Figura 1. Escrito que pone en la puerta de su habitación el día de ingreso.



Figura 2. Dibujo realizado por la paciente en actividades de Terapia Ocupacional.

comportamientos excéntricos en los que ella pudiera sentirse identificada y se relacionaba con ellos conforme a sus propios intereses, y muestra mayor complicidad por aquéllos que define como raros. Evita mostrar sentimientos, se fuerza a parecer fría y distante. Utiliza el discurso estereotipado de manga como medio

de venganza. En ocasiones, se ha mostrado un poco reflexiva y con un discurso incoherente y poco realista, no piensa en las consecuencias de su comportamiento.

Durante el ingreso presenta varios conflictos con una compañera de habitación que resuelve de forma correcta. En ningún momento se muestra agresiva.

Ante el déficit significativo de flexibilidad cognitiva en situaciones de estrés que hace que recurra de forma estereotipada a los mismos pensamientos agresivos ante lo que ella cree haber vivido como acoso escolar; así como por la adecuada capacidad de adaptación en este ingreso y el proporcionado afrontamiento a nuevas situaciones de conflicto, recomendamos un cambio de centro escolar. Al alta retoma una vida normalizada, yendo al colegio y se apunta a hípica.

A los 6 meses nos ponemos en contacto con su Psiquiatra de referencia, quién refiere mejoría en el

comportamiento y en su angustia y cambios en la dinámica familiar. La familia no ha tenido que emplear medidas legales. Durante este tiempo no ha precisado ajuste de tratamiento ni visitas al Servicio de urgencias.

DISCUSIÓN

1) Diagnóstico diferencial:

Teniendo en cuenta la información recogida, la psicobiografía, la exploración, la evolución y la respuesta al tratamiento, encontramos compatibilidades con diferentes cuadros clínico:

Rasgos esquizotípicos compatibles:

- Discurso peculiar o característico, a menudo requiere de interpretación.
- Desconocen sus propios sentimientos, aunque son muy conscientes de los de los demás.
- Supersticiosos o pretender que poseen cualidades de clarividencia.
- Su mundo interior se alimenta de relaciones imaginarias muy intensas, de miedos y de fantasías infantiles.
- Relaciones interpersonales deficientes.
- Actúan de manera inapropiada.
- Pueden presentar rasgos propios del trastorno de personalidad límite.
- En situaciones de estrés pueden presentar síntomas psicóticos: ideas de referencia, ilusiones y desrealización.
- Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
- Afecto inapropiado.
- Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.

Rasgos autistas compatibles:

- Falta de empatía y habilidad para hacer amistades.
- Extremo interés por temas particulares.
- Motricidad torpe.
- Manierismos.
- Deterioro de la comprensión y comunicación no verbal.
- Conductas repetitivas.
- Reacciona con excesiva angustia y ansiedad cuando se rompe una idea preestablecida.

Rasgos disociales compatibles:

- Incumplimiento de las normas.
- Engaños y mentiras.
- Irritabilidad y agresividad.
- Ausencia de remordimientos, indiferencia o racionalización de los hechos y pensamientos de maltrato hacia los demás.

2) ¿Qué es el Trastorno Disocial?

Las personalidades disociales son una de las entidades más controvertidas en Psiquiatría. Han sido una fuente de controversia y confusión.

La terminología empleada ha sido muy variada (psicopatía, sociopatía, personalidad disocial, trastorno antisocial de la personalidad). Y ello ha generado una confusión terminológica, con tres significados diferentes:

1. Patrón conductual antisocial + insensibilidad afectiva + falta de remordimiento + irresponsabilidad + agresividad.
2. Trastorno de personalidad en general.
3. Niveles de criminalidad grave y persistente (concepto legal).

Se trataría de una forma de manía sin déficit en las facultades cognitivas, pero con un severo daño en la capacidad afectiva.

A continuación, exponemos algunos términos relacionados con el trastorno disocial a lo largo de la historia:

- Pichot describe tres desarrollos históricos parcialmente relacionados:
 - Personalidad anormal = Inadaptación social.
 - Degeneración mental = fragilidad de personalidad, que predispone a ciertos estados psicóticos.
 - Tipos de personalidades anormales (personalidades psicopáticas) que excluyen conducta antisocial.
- Pinel (1809): Manie sans délire: inestabilidad mental y desviación social. Trastorno de las funciones afectivas + impulso ciego para actuar con violencia SIN alteraciones de la función intelectual, la percepción, el juicio, la imaginación y la memoria.
- Kurt Scheneider: Personalidades psicopáticas (1923): Cuando habla de personalidades

psicopáticas se refiere a aquellas que sufren por su anormalidad o que debido a ella hacen sufrir a la sociedad. La personalidad disocial, quedaría encajada en los psicópatas desalmados; dice de ellos que carecen de compasión, vergüenza, sentido del honor, remordimientos, conciencia; que con frecuencia tienen un modo de ser sombrío, frío, gruñón, impulsivos, brutales y crueles; que son fundamentalmente incorregibles e ineducables. Añade: “no debemos olvidar, al tratar de los criminales desalmados, que también existen desalmados absolutamente “sociales” y que “caminan sobre cadáveres”. La inteligencia es frecuentemente notable en estos casos”.

- Pritchard, Inglaterra (1835). Locura moral. Trastorno de las facultades morales SIN trastorno del intelecto, del conocimiento o del razonamiento.
- Esquirol (1838): Monomanía instintiva, Impulsives Irresein
- Morel (1857): Folie Morale. Se trataría de una predisposición a reaccionar fácilmente al estrés mediante manifestaciones psicóticas de características peculiares.
- Craft (1966) entiende la psicopatía como la carencia de sentimientos hacia otros seres y tendencia a actuar compulsivamente; agresividad, ausencia de vergüenza y arrepentimiento, incapacidad de sacar provecho de la experiencia y falta de unidad o motivación.
- Partridge (1930): “inadaptación persistente que no puede ser corregida mediante métodos comunes de educación y castigo”.
- DSM-III (1980): trastorno antisocial de la personalidad.
- Kraepelin: mentirosos, estafadores, timadores...
- Otto Kernberg: Narcisismo maligno
- Vallejo J. Relacionado con una gestación temprana. Niños que mienten, roban, se fugan... y permanecen impasibles ante el castigo. Frialdad y falta de miedo, extraversión e impulsividad (Eysenck, 1981). Gratificación inmediata, sin motivación para el esfuerzo sostenido. Inconstantes y volubles, no reparan en las consecuencias de sus actos. Consumo de alcohol y tóxicos. En ocasiones agradables y seductores. Aumento de la criminalidad.

3) ¿Existe dificultad a la hora de diagnosticar Trastorno Disocial?

- Difícil de identificar por sus repercusiones legales y sociolaborales.

- Sintomatología muy variada (mentiras, actos vandálicos, violaciones, homicidios...). El individuo infringe los derechos básicos de los demás. De inicio infantil (padres antisociales y adversidad familiar, complicaciones perinatales, bajo CI, TDAH y problemas escolares)/de inicio en la adolescencia. Limitado al contexto familiar/socializado/no socializado.

- Se necesita una anamnesis muy completa. Idealmente exploración psiquiátrica, neuropsicológica, psicométrica, neurológica y pediátrica. Detectar consumo de drogas.

- Problemas en el diagnóstico diferencial:

- Trastorno negativista desafiante (TND): patrón de comportamiento desobediente, hostil y desafiante hacia los padres y figuras de autoridad.
- Trastorno Hiperactivo.
- Contexto sociocultural (extrema pobreza, zonas de alta criminalidad, revolución y guerra).
- Normalidad. Pataletas y berrinches a los tres años.
- Otros trastornos que se deben descartar son los siguientes: trastornos del estado de ánimo; trastorno depresivo mayor grave; trastorno bipolar, TDAH; trastornos del aprendizaje; trastornos inducidos por consumo de sustancias; trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno de Gilles de la Tourette; trastornos psicóticos.

4) ¿Existe asociación entre Trastorno Disocial del niño y Trastorno Disocial del adulto?:

- El Trastorno Disocial antes de los 15 años es un criterio diagnóstico de Trastorno Disocial en adultos.

- Algunos autores hablan de evolución a trastorno de personalidad pasivo-agresivo.

- Relación “dosis-respuesta” (Colman, 2009; Fergusson, 2008).

▪ Comorbilidades:

- TDAH: 10 veces más frecuente de lo esperable. Trastorno hiperactivo de la conducta.
- Depresión: 7 veces. Trastorno mixto de las emociones y el comportamiento.
- Abuso de sustancias: 4 veces.

5) ¿Existe tratamiento?

- ¿Se debe proceder en estos casos al ingreso en una Unidad de Hospitalización? ¿O es mejor derivar a otro dispositivo como el CSM o el Hospital de Día? ¿Derivación a programa específico (si existiera)?

- ¿Se debe iniciar tratamiento psicofarmacológico? ¿De qué tipo? ¿Durante cuánto tiempo?

- ¿Sería útil iniciar algún tipo de psicoterapia? ¿Qué otro tipo de intervenciones podrían llevarse a cabo? ¿Rehabilitación cognitiva?

◦ El capítulo más corto de cualquier manual de Psicopatía es el del tratamiento, ya que no se ha demostrado que ninguno sea exitoso.

◦ La terapia psicosocial es la base del tratamiento. El tratamiento psicofarmacológico debe reservarse al fracaso del resto de intervenciones, para las crisis de agresividad y para el tratamiento de patología comórbida.

◦ Implicar activamente a los padres y a la escuela en el tratamiento: descubrir, reforzar y desarrollar los recursos emocionales y rasgos positivos de cada miembro de la familia y no centrarse en los problemas y malos hábitos.

◦ Reforzar las relaciones con jóvenes no problemáticos.

◦ Programas de entrenamiento de padres. NICE (2005). Enseñan a usar el refuerzo positivo, negociar mejor con los hijos y resolver conflictos positivamente. Triple P, Los Años Increíbles, Terapia de Interacción padres-hijos.

◦ Tratamientos multimodales. Terapia Multisistémica, Familias y escuelas unidas, Acogida terapéutica. Terapia familiar funcional.

◦ Terapias individuales. Terapia cognitivo-conductual.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
2. Berrios G, Porter R. Una historia de la Psiquiatría clínica. 1ª ed. Madrid: Triacastela; 2012.
3. Rutter M. Biological implications of gene-environment interaction. *J Abnorm Child Psychol*, 2008; 36: 969-975.
4. Soutullo C, Mardomingo MJ. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. 1ª Edición: Madrid; 2010.
5. Vallejo J. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. 7ª ed. Barcelona: Masson; 2011.

*S. Gómez Sánchez, *I. Sevillano Benito
*R. Hernández Antón, **S. Geijo Uribe
**Beatriz Mongil López, **F. De Uribe Ladrón de Cegama

*MIR Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**L.E. Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Correspondencia:

Sofía Gómez Sánchez
C/La Cava N°24; CP: 47420;
Íscar; Valladolid.
sofi.gosan@gmail.com

*“Pastillas para la tensión”.
La repercusión de la familia
en el adolescente*

*“Medicines for stress”. The
impact of the family on the
adolescent*

RESUMEN

Las relaciones padre/cuidador y niño son fundamentales y tienen un impacto significativo sobre la salud de los individuos. Estas relaciones pueden tener efectos en la protección de la salud, ser neutras o tener resultados perjudiciales. En casos extremos, estas relaciones pueden incluir maltrato o abandono, lo que tendrá consecuencias médicas y psicológicas para el individuo (1).

Estas relaciones pueden llamar la atención clínica por ser el motivo de consulta del individuo o por ser un problema que afecte al curso, pronóstico o tratamiento de otro trastorno.

Presentamos el caso clínico de una paciente que ingresa en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil con la finalidad de suspender la medicación antipsicótica con la que lleva 8 años y la valoración de la sintomatología durante el proceso, tras el fracaso de los intentos de retirada de forma ambulatoria. En la discusión exponemos las patologías psiquiátricas relacionadas con la familia y el caso.

Palabras clave: Adolescente, Trastorno del vínculo, Familia, Antipsicótico.

ABSTRACT

Parent / caregiver and child relationships are critical and have a significant impact on the health of individuals.

These relationships can have effects on health. They can protect it, be neutral or have detrimental results. In extreme cases, these relationships may include abuse or neglect, which will have medical and psychological consequences for the individual (1).

These relationships can be the reason for consulting the individual or they can be a problem that affects the course, prognosis or treatment of another disorder.

We present the case of a patient who entered the Unit of Child and Adolescent Psychiatry with the purpose of suspending the antipsychotic medication with which it takes 8 years and the evaluation of the symptomatology during the process. In the discussion we expose the psychiatric pathologies related to the family and the case.

Keywords: Adolescent, Link Disorder, Family, Antipsychotic.

CASO CLÍNICO

Motivo de ingreso:

Retirada de medicación y valoración de síntomas tras el fracaso de los intentos de retirada de forma ambulatoria (con cada intento la madre acudía a la consulta con quejas sobre el mal comportamiento y la agresividad incontrolable asociada a la reducción de la medicación). Además se pretende establecer un diagnóstico y minimizar las interferencias de la familia.

Psicobiografía:

Se trata de una adolescente de 17 años que reside en Castilla y León con su madre y sus dos hermanas menores. Su padre reside en Grecia, les visita una o dos veces al año y ella junto a sus hermanas pasan con él las vacaciones de verano. La madre refiere que no están separados.

Ana (así nos referiremos a nuestra paciente), nace en Grecia y ya a los dos años su madre consultó con el pediatra porque tenía unas crisis de llanto muy prolongadas, les recomendó tiempo-fuera, pero no hubo una mejoría sustancial. Considera que el nacimiento de su hermana cuando ella contaba con 18 meses agravó la situación dado que el padre le prestaba más atención que a ella misma.

Desde su llegada a España con 5 años han consultado con varios psicólogos y psiquiatras que han hecho diversos diagnósticos: TDAH (aunque nunca se ha instaurado tratamiento farmacológico para dicho trastorno), T. límite de personalidad cuando contaba con 8 años de edad, problemas familiares (padres no idóneos).

Al parecer lleva desde los 9 años con diferentes psicofármacos, y a los 11 años es diagnosticada de Trastorno Bipolar, según consta en el informe que aporta la madre.

Desde Octubre de 2016 seguimiento en consultas externas (vía pública) y en tratamiento con Risperidona (0-50mg-1mg-1mg).

Antecedentes médicos:

Desarrollo: Embarazo deseado de 42 semanas, sin problemas durante el mismo. El parto es por cesárea por circulares de cordón. Peso al nacer: 3.500 Kg. Neonatología sin patología. Lactancia natural durante los 8 primeros meses. Desarrollo psicomotor, del lenguaje y control de esfínteres sin alteraciones. Inicia la guardería a los 4 años, y la escolarización a los 6, sin problemas de adaptación. Menarquia a los 13 años.

Antecedentes familiares:

Madre: 54 años, casada y vive en Castilla y León. Es bibliotecaria. Enfermedades somáticas: HTA e hipercolesterolemia. Cuenta con antecedentes de seguimiento en Psiquiatría desde los 20 años por un episodio depresivo según refiere. Es la 4ª de 5 hermanos. El primero tuvo un episodio depresivo y tiene CI Límite. El segundo también presentó un episodio depresivo al igual que otra hermana y su padre.

Padre: 48 años, casado, de nacionalidad griega, estudió INEF. Actualmente reside en Grecia y viene a visitar a su familia unas dos veces/año. Antecedentes somáticos: Tumor testicular en remisión desde hace 6 años. Es el menor de dos hermanos, hermana sana. Destacar como antecedentes familiares un primo paterno diagnosticado de Esquizofrenia y otro primo paterno de depresión crónica.

Hermana: 15 años. 4ºESO con muy buenos resultados académicos. Miopía: 9 dioptrías. Sana

Hermana: 12 años. 1ºESO con mal rendimiento académico. Sana.

Enfermedad actual:

Actualmente Ana refiere amnesia de episodios recientes, somnolencia, malestar, mareos, apatía... sobre lo que puede estar influyendo el tratamiento psicofarmacológico.

Además existe absentismo escolar desde hace aproximadamente dos años. Ana realiza 2º Bachiller de arte con buen rendimiento académico, si bien dice no sentirse aceptada por los compañeros.

Su madre la define como “una persona adorable”, que se fija en los demás y los ayuda, pero por otro lado describe a una persona agresiva, con crisis de ansiedad frente a los libros y pánico a salir sola de casa.

En la entrevista con la paciente refiere estar aquí para reducir la medicación y “ver qué sucede”.

En las sucesivas entrevistas con Ana cuenta que “toda su vida es un problema”. Refiere que desde que llegó a España, con 5 años, en el colegio ha estado sometida a acoso escolar. No es hasta 4º E.S.O (después de 11 años) cuando Ana cambia de centro al conocerse el trato que se le daba por parte de sus compañeros. En el nuevo centro presentaba escasas habilidades sociales y dificultades para entablar relación, cosa que no parecía repercutirle mucho ya que “al menos no la insultaban”. Cuando comienza el bachillerato de arte sucede lo mismo.

Refiere que comenzó a faltar a clase en Noviembre, lo que atribuye a que percibe que otros compañeros hablaban o se reían de ella, al mismo tiempo que hace crítica de esta interpretación; “sé que son paranoias mías, pero no lo puedo evitar”. Dice que en los recreos suele quedarse sola por este motivo y que nunca ha tenido más que una amiga con la que en el momento actual mantiene únicamente contacto telefónico puesto que vive en otra ciudad.

Por otro lado, narra múltiples problemas en el ámbito familiar, describiendo una dinámica familiar disgregada, en la que ella percibe unión entre su madre y sus hermanas quedando ella fuera:

- Su madre: “tiene mucha tensión y no puedes hacer nada porque le puede dar un infarto”. Ana refiere que para “la tensión” su madre toma venlafaxina y quetiapina. Cuando Ana le cuenta un problema coge el rosario y empieza a rezar. Se encierra en su cuarto y se duerme cuando se pone nerviosa, que suele ser por cosas ínfimas según Ana. En los “enfados” puede llegar a insultarle y referir que Ana se encuentra “endemoniada”. Ana refiere que después de estos episodios su madre niega estos comportamientos.
- Sus hermanas: hostiles e irónicas con Ana, le dicen que no tiene amigos y nunca quieren estar con ella. Le tienen prohibido entrar en su habitación (ellas duermen juntas), donde se encierran las dos la mayor parte del día.
- Su padre: “me llevo mejor con él que con mi madre... aunque tampoco le conozco mucho”.

Verbaliza que en casa su madre siempre la encarga a ella las labores domésticas, nunca a sus hermanas “quizás porque ellas están felices y sanas desde el principio, no toman pastillas”, y siempre la culpa a ella de todo, “es una excusa universal”. Si pasa algo malo es porque Ana no se ha tomado la medicación. “Ya me he acostumbrado”. Cuando su madre no toma la medicación “también se le nota”.

La economía familiar es precaria, estando el frigorífico “siempre vacío”. Ana es la única que come y cena en casa, teniendo incluso que comprar la comida con su dinero (propinas).

Ana, ¿si pudieras pedir tres deseos... cuáles serían?

1. Ser más sociable.
2. Hacer cosas con amigos.
3. “Que mi familia fuese normal”.

¿Y qué es para ti una familia normal?

“No ir a misa todos los días. Que mi madre en vez de ayudar a las otras personas nos ayudase más a nosotras. Que mis hermanas en vez de estar tan unidas entre ellas tuvieran más relación conmigo, y que mi padre nos visitara más a menudo”.

Exploraciones:

- Exploración Psicopatológica: A la exploración se trata de una paciente de biotipo normal. Buen contacto visual. Leve inquietud psicomotriz. Facies levemente hipomímica. Impresiona de ocultar información. Lenguaje fluido y coherente con discurso centrado en varios problemas vitales y quejas mnésicas. Dificultad para expresar emociones. Ánimo deprimido leve reactivo a situación actual. Ansiedad ideica leve, no somática. Ideas sobrevaloradas de perjuicio y autorreferenciales, no delirantes. No alteraciones del curso o contenido del pensamiento. No alteraciones sensorperceptivas. No ideas de muerte ni autolíticas. Ritmos biológicos conservados. Funciones intelectuales superiores y capacidad volitiva conservadas.
- Test de frases incompletas (SACK y LEVI) (2): Figura 1 y Figura 2.

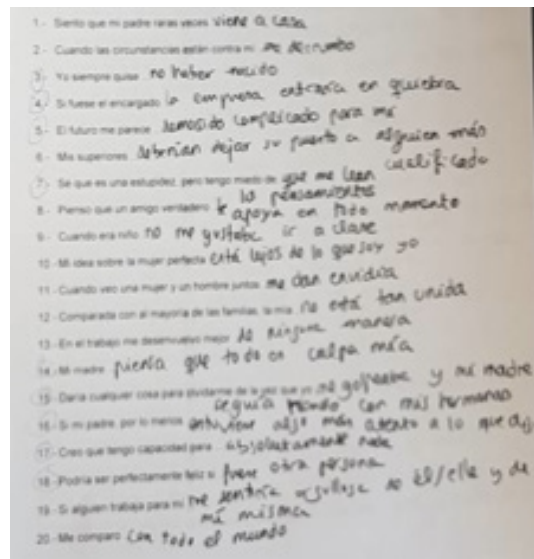


Figura 1. Test de frases incompletas (SACK y LEVI)

- Exploración Psicológica:
Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) (3) (4): El estilo de respuesta revela transparencia, tendencia a mostrarse abierto y revelador. En cuanto a los prototipos de la personalidad, cabe destacar las altas puntuaciones

obtenidas en el prototipo Rudo, T. Límite e Introverso, en este orden. En cuanto a las preocupaciones expresadas, destacan las altas puntuaciones en Inseguridad con los iguales, Difusión de la identidad y Desvalorización de sí mismo. En referencia a los síndromes clínicos, la puntuación más elevada la obtiene en las escalas de Afecto Depresivo.

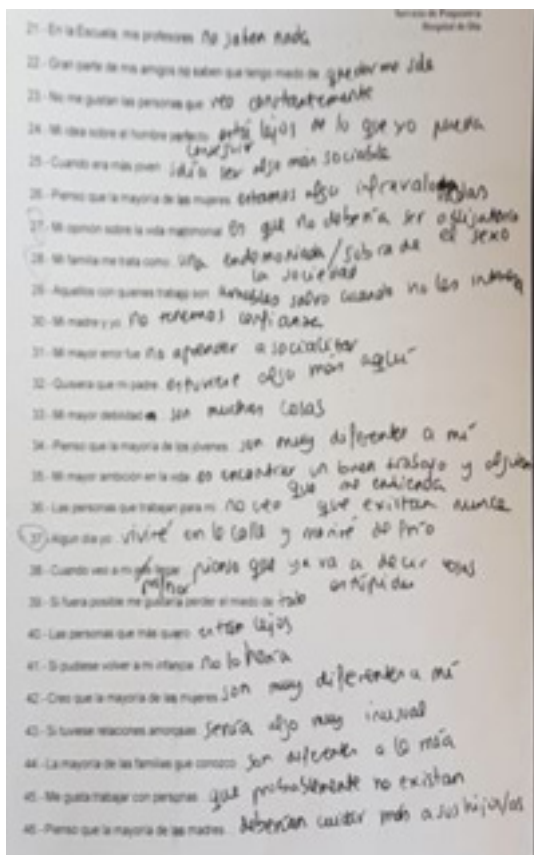


Figura 1. Test de frases incompletas (SACK y LEVI)

Juicios diagnósticos:

- Trastorno de la vinculación de la infancia reactivo. F94.1 (4)
- Problemas relativos al grupo primario de apoyo y a la interacción con el sistema educativo (1).

Tratamiento farmacológico:

Desde el primer día se inicia la suspensión progresiva de la Risperidona sin que se observe ni inquietud ni

insomnio, ni ninguna otra alteración.

Evolución:

En los primeros días, se muestra algo distante de sus compañeros, pero progresivamente se va integrando en la dinámica de las actividades que se organizan en la Unidad y acaba estableciendo lazos adecuados con los iguales. Muy respetuosa y educada con el personal de la Unidad. Así, participa en todas las actividades presentando buena actitud y prestando ayuda al resto de sus compañeros si han precisado.

Explica que existen problemas en la dinámica familiar que son los principales estresores de la paciente. Así, se siente rechazada por parte de sus hermanas y considera que la madre está muy ocupada y pasa poco tiempo en casa, que pocas veces se hacen actividades conjuntas. En ocasiones ella misma se prepara su propia comida, tema sobre el que habla con frecuencia ya que considera que la economía familiar es a veces precaria y se encuentra la nevera vacía. Por su parte la madre rechaza que sea esta la situación familiar, pero describe la dinámica que hay entre sus hijas de una manera contradictoria, así indica que por la agresividad de Ana sus hermanas le rechazan, pero también indica que cuando ella tiene problemas con sus hijas menores, recaba la ayuda de Ana quién “consigue que hagan lo que tienen que hacer”.

Tiene planes de futuro que pasan por estudiar algo relacionado con el diseño y de hecho se observa que tiene muy buenas capacidades para dibujar.

Cuando se está bajando la pauta de Risperidona, con frecuencia la madre dice encontrarla nerviosa y alterada, lo que justifica como la respuesta esperable a tal pauta. Sin embargo, en la Unidad no se ha observado este tipo de reacción.

Se recomienda que se reintegre inmediatamente al centro escolar, ya que consideramos que aún puede salvar el curso.

Se propone a la madre que se realice un PIF (Plan de Intervención Familiar) y se le ha conseguido ya una cita en el CEAS. Esta medida ya había sido propuesta en el ESMIJ.

DISCUSIÓN CLÍNICA

La clínica refleja claramente lo definido en el trastorno del vínculo, recordando que ya desde los 2 años consultan por crisis de llanto y angustia prolongadas que eran “incontrolables”.

F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo (5).

Se trata de un trastorno que se presenta en la edad de la lactancia y en la primera infancia, que se caracteriza por anomalías persistentes en las formas de relación social del niño, acompañadas de alteraciones emocionales que son reactivas a cambios en las circunstancias ambientales. Es típica la presencia de temor y preocupación inconsolables. También lo es una relación social con los compañeros empobrecida. Son frecuentes las auto y heteroagresiones, la tristeza y en algunos casos un retraso de crecimiento. Se presenta probablemente como consecuencia directa de una carencia parental, abusos o malos tratos graves.

Se describen alteraciones emocionales, respuestas agresivas al sentir malestar, interés en las relaciones con los compañeros aunque la actividad lúdica está inhibida por respuestas emocionales negativas, un tipo anormal de inseguridad, capacidad para la empatía (de la que carecerían por ejemplo los trastornos generalizados del desarrollo) y posibilidad de cambio en la conducta en estas situaciones si el niño pasa a un entorno normal, como observamos en Ana durante el ingreso.

Nos planteamos la posibilidad de un Síndrome de Munchausen por poderes (6) (7), en el que el padre o la madre genera o inventa síntomas falsos o provoca síntomas reales al niño o niña, para hacerle pasar constantemente por enfermo. En este caso no hemos percibido que su madre busque la compasión o la ayuda de otros. No obstante, teniendo en cuenta las aferradas creencias religiosas de la madre, volcada en la ayuda al prójimo; el tener una hija enferma grave, también puede servirle para acentuar aún más su papel de ayuda y cuidado de los demás.

CONCLUSIONES

Destacar la influencia en el pronóstico de nuestra paciente de los diagnósticos impuestos por un Psiquiatra de adultos, parece casi inverosímil que con 8 años se diagnostique de un trastorno límite de la personalidad y con 11 años se hable y se establezca el diagnóstico de trastorno bipolar que permanece hasta la actualidad, cuando la clínica parece más influenciada en toda la evolución por su madre, quién cuenta sintomatología específica en Ana que no es vista por nadie del servicio

durante su ingreso, y tampoco objetivada por su Psiquiatra del ESMIJ. Esta situación ha producido que Ana lleve 8 años con tratamiento antipsicótico, que ahora no precisa, y que dudamos haya precisado de forma continuada durante los mismos.

Respecto a la infancia de la paciente, ya descrita anteriormente, vemos que ha estado marcada por el abandono y por respuestas ambivalentes en sus progenitores, quienes tan pronto la dejaban de lado como rezaban el rosario para la resolución de sus problemas (apego no seguro). Además de que siempre la han tratado como “una enferma mental grave” y así se lo han hecho saber constantemente. Vemos el impacto que ha causado en la funcionalidad de Ana, quién ha tenido que aprender a “sobrevivir”, y al fin y al cabo, ha podido salir adelante, ya que actualmente se encuentra en su curso académico correspondiente, estudiando algo que le gusta y con buenos rendimientos académicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. DSM-5. [Libro] ESPAÑA. PANAMERICANA, 2013.
2. Sacks, J.; Levy, S. “El Test de frases incompletas”. En Abt y Bellak: Psicología Proyectiva. Buenos Aires, Paidós, 1967.
3. Millon T. MACI Inventario Clínico para Adolescentes Millon. España: Pearson Alhambra; 2011.
4. Vinet EV, Forns i Santacana M. El Inventario Clínico Para Adolescentes de Millon (MACI) y su Capacidad Para Discriminar Entre Población General y Clínica. Psykhe 2006; 15: 69-80.
5. VVAA.. CIE 10: TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO: DESCRIPCIONES CLINICAS Y PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO. [Libro] ESPAÑA. MEDITOR S.L, 2004.
6. Depauw A, Loas G, Delhaye M. Munchausen by proxy syndrome. PMID: 26372976. Mayo 2015.
7. Petska HW, Gordon JB, Jablonski D, Sheets LK. The Intersection of Medical Child Abuse and Medical Complexity. PMID: 27894448 Febrero 2017.

Í Alberdi Páramo, A Ladrón Jiménez, N Gutiérrez
Fernández, R Pérez Moreno

Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico
San Carlos, Madrid
Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico
San Carlos, Calle del Profesor Martín Lagos S/N 28040
Madrid. inigoalb@ucm.es

Correspondencia:

Instituto de Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

*Síndrome de Deleción
22q11.2 y su asociación con
Trastornos Psiquiátricos.
A propósito de un caso*

*22q11.2 Deletion Syndrome
and Psychiatric Disorders*

RESUMEN

El Síndrome de Deleción 22q11.2 o Síndrome de DiGeorge es una entidad genética caracterizada por la triada clínica de anomalías cardíacas conotruncuales, hipoplasia tímica e hipocalcemia. No obstante, el fenotipo 22q11.2 es bastante variable, incluyendo anomalías físicas, metabólicas, endocrinológicas y a nivel conductual y del desarrollo. Incluye asociación psicopatológica con distintos síndromes psiquiátricos. Describimos el caso de un varón de 16 años con criterios diagnósticos de Trastorno del Espectro Autista enmarcado en un Síndrome de Deleción 22q11.2.

Palabras clave: Síndrome de Deleción 22q11.2, Síndrome de DiGeorge, Síndrome velo-cardio-facial, Comorbilidad, Trastorno del Espectro Autista.

ABSTRACT

22q11.2 Deletion Syndrome or DiGeorge Syndrome is a genetic disorder characterized by the clinical triad conotruncal cardiac anomalies, thymic hypoplasia and hypocalcemia. However, the 22q11.2 phenotype is quite variable, including physical, metabolic, endocrinological and behavioral and developmental abnormalities. It includes a psychopathological association with different psychiatric syndromes. We describe the case of a 16-year-

old male with diagnostic criteria for Autism Spectrum Disorder framed in a 22q11.2 Deletion Syndrome.

Keywords: Deletion 22q11.2 Syndrome, DiGeorge Syndrome, Velo-cardio-facial syndrome, Comorbidity, Autistic Spectrum Disorder.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Deleción 22q11.2, también conocido como Síndrome de DiGeorge o Síndrome velo-cardio-facial, es una microdeleción cromosómica de unos 40-50 genes. Se estima una prevalencia entre 1:4000 y 1:6000 de nacimientos vivos, aunque hay artículos que mencionan ratios más elevados (1).

La triada clásica clínica es la presentación de anomalías cardíacas conotruncuales, hipoplasia tímica e hipocalcemia. No obstante, el fenotipo 22q11.2 es bastante variable, pudiendo haber diferencias marcadas entre los individuos afectados, incluso de una misma familia (2). Este incluye anomalías físicas, metabólicas, endocrinológicas y a nivel conductual y del desarrollo (3).

A lo largo del desarrollo psicomotor, se describe retraso en la gran mayoría de pacientes, siendo el retraso en el lenguaje cercano al 90% (2),(4). La inteligencia varía de una capacidad intelectual normal a una

discapacidad moderada con aproximadamente el 50 % de los individuos puntuando con un cociente intelectual menor que 70 (1). Los pacientes suelen puntuar más alto en las medidas verbales que en las de rendimiento inicialmente, pero se observa una disminución mayor a lo largo del crecimiento en los dominios verbales en comparación con el razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento (5). Estas alteraciones, unidas al deterioro a nivel atencional, en el desarrollo motor y en la percepción y memoria visual espacial, conllevan dificultades en el aprendizaje y en la socialización en la mayoría de niños afectados de este síndrome (1).

A nivel de la cognición social, Norkett et al 2017 en una revisión reciente, exponen un empeoramiento en el procesamiento emocional y teoría de la mente compleja en relación con pares con un desarrollo normal (6).

Cada vez hay más evidencia científica de la asociación del Síndrome 22q11.2 con psicopatología. Entre un 40-76% se asocia con trastornos de ansiedad, 9-35% con trastornos del humor, 12-68% con TDAH, 23-41% de esquizofrenia, 9-43% de trastorno oposicionista desafiante y 14-50% trastornos del espectro autista (3).

El propósito de la exposición del siguiente caso clínico es describir el desarrollo a lo largo de la infancia y adolescencia de un paciente que cumple criterios diagnósticos de Trastorno del Espectro Autista enmarcado en un Síndrome de Deleción 22q11.2. Exponemos las dificultades diagnósticas de esta entidad genética poco conocida y la buena evolución sufrida tras un seguimiento estrecho y tratamiento precoz.

CASO CLÍNICO

Varón de 16 años que es derivado a consultas de Psiquiatría Infantil desde Psicología Clínica, una vez terminada la psicoterapia individual, para continuar seguimiento, con juicio clínico de dificultad en aprendizaje, retraso psicomotor y alteraciones de conducta en contexto de Síndrome de Deleción 22q11.

Antecedentes Personales Somáticos:

Alérgico al polen. Estenosis subaórtica fija membranosa de grado moderado con insuficiencia de válvula aórtica diagnosticada a los 2 años. Un ingreso a los 15 años de edad por aumento del gradiente de la estenosis para realizar cirugía. Sobrepeso que estuvo en seguimiento por endocrinología de los 10 a los 14

años de edad. Evaluación y seguimiento en consultas de Neuropediatría. Diagnóstico genético de Síndrome de Microdeleción 22q11.2 a los 13 años de edad.

Antecedentes Personales Psiquiátricos/Psicológicos:

Valorado por Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica a los 4 años, se describe discapacidad mental moderada, que podía venir determinada por un trastorno generalizado del desarrollo, estimando necesidades educativas especiales. Valoración por parte del Equipo Específico de Alteraciones Graves del Desarrollo a los 6 años, donde se concluye que presenta un patrón comportamental compatible con un Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado, acompañado de un déficit cognitivo de grado leve.

Evaluación y tratamiento por psicología en el Centro de salud mental desde los 5 hasta los 14 años donde fue derivado por alteración de conducta, siendo diagnosticado de Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado y Coeficiente Intelectual normal al finalizar el seguimiento.

Antecedentes Familiares

Familia de origen chino afincados en España desde antes del nacimiento del paciente, siendo este el menor de seis hermanos.

Madre diabética tipo 1. Padre portador de síndrome de microdeleción 22q11.2. Hermana fallecida por enfermedad cardiológica a los 6 meses de edad. Sobrino con retraso de lenguaje y alteraciones de conducta a estudio en la actualidad. Niegan otros antecedentes somáticos o psicopatológicos de interés. Resto de familiares de primer grado no se han realizado pruebas genéticas.

Historia del desarrollo:

Embarazo deseado en madre de 43 años, que cursa con diabetes materna bajo tratamiento con insulina. Parto pretérmino a las 34 semanas por cesárea debido a presentación podálica y sangrado. Se le hace pauta de maduración pulmonar por bolsa rota más de 24 horas. Al nacer 2450 gr de peso con talla de 46 cm. Estuvo en incubadora durante dos semanas. En informe de neonatología se describe pérdida de bienestar fetal por anestesia materna, hipoglucemia por madre diabética, síndrome infeccioso e hiperbilirrubinemia.

Dentro de la alimentación, no recibió lactancia

materna, no describiéndose otros problemas en la misma. Hasta los 6 años sueño muy interrumpido con muchas pesadillas, por lo que dormía con su madre hasta los 7-8 años. En el desarrollo psicomotor se describe retraso en la deambulación hasta los 24 meses. No problemas en la adquisición del control de los esfínteres.

Problemas en la adquisición del lenguaje. Primeras palabras a los dos años. Con 4 años apenas hablaba, por lo que inició apoyo de logopeda. A los 9 años se describen ecolalias. A los 10 años su hermano decía que se le daban mejor las cuentas que el lenguaje. Se describen alteraciones en la comunicación, con una prosodia peculiar, con dificultades para mantener una conversación, cambiando frecuentemente de temática.

Respecto a la conducta y socialización, se describen rabietas y peleas frecuentes desde muy pequeño. Dificultad en el acatamiento de normas. No se describe juego simbólico. A los seis años se recogen dificultades para mantener comunicación con él, se asustaba con los ruidos fuertes y se enfadaba con frecuencia cuando no se le concedía el capricho que quería. A los 9 años se recoge que jugaba solo en el recreo y que tenía problemas para entender las cosas. Dificultades significativas para relacionarse con pares, apareciendo ocasionalmente conductas agresivas. Déficit importante tanto en habilidades como hábitos de autonomía.

Escolarizado desde los 3 años, en modalidad de escolarización ordinaria con apoyos, se consideró alumno de necesidades educativas especiales desde Educación Infantil. Dado el trastorno en el aprendizaje destacando dificultades en la comprensión lectora, requirió apoyo escolar y adaptación curricular. Ha realizado hasta 4º ESO a curso por año manteniendo los apoyos con un nivel académico bueno.

Enfermedad Actual y Evolución

Cuando acude a consulta de psiquiatría con 14 años, su funcionalidad es bastante buena, pero todavía persiste cierta sintomatología, como por ejemplo dificultades para aceptar las bromas y captar las ironías y los dobles sentidos. Ha tenido algún problema en este aspecto, reaccionando a veces con agresividad. Ha mejorado a la hora de relacionarse con pares: saluda y entabla conversación, ha llegado a quedar con alguno de ellos puntualmente y ha ganado habilidad a la hora de conocer gente.

Actualmente, ya con 16 años, ha acabado la ESO con calificaciones aceptables y está en planes para matricularse de grado medio. Como actividad laboral, ayuda en restaurante familiar repartiendo comida a domicilio.

Exploración clínica /psicopatológica

Consciente y orientado auto y alopsíquicamente. Abordable y colaborador. Aspecto macrosómico. Bradicinesia e hipotonía global. Sonrisa que por momentos resulta inadecuada. Lenguaje fluido y espontáneo, con un discurso peculiar en la prosodia, parcialmente empobrecido, pueril, ligeramente mascullado, con componente taquifémico ante preguntas que implican la esfera más emocional, en el que preserva coherencia global. Concretismo y dificultades para la abstracción. No alteraciones en contenido o proceso del pensamiento. Niega y no impresiona de alteraciones en la sensorpercepción. Eutimia referida. Preserva reactividad sin mostrar apatoabulia, anhedonia u otros síntomas de melancolía o elación. Irritabilidad secundaria a bromas o situaciones en las que no se siente participe o no logra comprender. Ritmos cronobiológicos conservados. Niega ideación autolítica activa. Juicio de realidad conservado.

Pruebas complementarias

RM cerebral: en rangos de normalidad. EEG vigilia y tras privación: normales. Analítica sanguínea: normal. Gasometría venosa: pH 7,376, pCO₂ 39,1, pO₂ 39, HC=3 23,2. Ecocardiografía: Estenosis subaórtica membranosa con gradiente trivial en la actualidad.

Estudio genético, realizado a los 13 años de edad. Describe paciente afecto del Síndrome de Microdeleción 22q11.2, con duplicación de la región LCR22-B y LCR22-C y heredado de su padre. Los genes implicados son, al menos, ZNF74, KLHL22, MED15 (PCQAP), SNAP29 y LZTR1.

Test psicológicos:

A) Realizados a los 4 años:

- Wechsler (WIPPSI): Escala de inteligencia para preescolar y primaria, perfil de DMM (CIT menor de 45: verbal menor 45, escala manipulativa 48).
- Brunet- Lezine: Escala del desarrollo psicomotor de la primera infancia, inferior a la media.
- McCarthy: Escala de aptitudes y psicomotricidad,

retraso significativo (CGI menor 50) en todas las escalas, siendo especialmente significativo en la escala verbal y en la de psicomotricidad.

- M-CHAT: Escala familiar para detección del autismo dando un resultado significativo al responder 5 ítems.

B) Realizados a los 10 y 11 años:

- RAVEN. Matrices Progresivas de Color: Habilidades intelectuales, prueba de razonamiento lógico en la que obtiene un rendimiento medio-alto (Pc 78).
- EMLE. Escala Magallanes de lecto-escritura: Habilidades de lectura, decodificación buena, fluidez y entonación con buen ritmo. Comprensión rendimiento muy bajo.
- PPVT-III, Test de vocabulario en imágenes Peabody: Prueba de habilidades de vocabulario receptivo. Presenta rendimiento bajo.
- EMA-DDA, Escala Magallanes de Detección de Déficit de Atención: Indicadores de hiperactividad, inatención, agresividad, ansiedad y bajo rendimiento académico.
- EMAV-2: Habilidades de atención visual, presenta dificultades en la atención visual sostenida. Comete múltiples errores de omisión y revisando escasos ítems en el tiempo prefijado.
- Weschler (WISC-IV): rendimiento intelectual dentro de los valores normales, CIT 86. Puntuando bajo en comprensión verbal y dentro de los límites en razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento.

Tratamiento actual:

A parte del seguimiento psiquiátrico, recientemente ha iniciado una terapia grupal a la que acude contento y motivado. No se ha prescrito medicación.

DISCUSIÓN

A lo largo de estos últimos años se ha producido un avance importante en las entidades genéticas relacionadas con los distintos síndromes psicopatológicos. Aunque individualmente estas entidades son poco frecuentes, los trastornos genéticos en conjunto adquieren importancia notoria en la etiología de distintas entidades psicopatológicas. Las alteraciones genéticas son

causadas por deleciones y duplicaciones en ciertos “hotspots” cromosómicos a lo largo del genoma, como por ejemplo la microdeleción 22q11.2 que describimos en este artículo (7).

Nuestro paciente presentaba alteraciones físicas (defectos cardiológicos congénitos), endocrino/metabólicas (obesidad) y alteraciones a nivel cognitivo y psicopatológico que encajaban en esta entidad genética. El déficit de la interacción social, las conductas limitadas y repetitivas y las alteraciones en el lenguaje y comunicación hacen pensar en un Trastorno del Espectro Autista, si utilizamos la nosología DSM-5 (8), o Trastorno Generalizado del Desarrollo, según CIE-10 (9).

A pesar de la gravedad aparente de la semiología descrita en la infancia, con factores de riesgo que podían hacernos entender el caso como de mal pronóstico tanto por la parte ambiental (madre añosa, diabetes materna en embarazo o sufrimiento fetal) como por la parte genética que hemos comentado anteriormente, ha presentado una evolución muy favorable hasta el día de hoy. Un tratamiento precoz y multidisciplinar ha dado como resultado que nuestro paciente se presente a las puertas de la edad adulta con una mejora en las relaciones sociales, en el desempeño de quehaceres del hogar, académicos y laborales muy destacables.

CONCLUSIONES

Una evaluación completa de los Trastornos del espectro autista debe incluir pruebas médicas, psiquiátricas, psicológicas y psicopedagógicas. Dentro de los estudios médicos, son importantes las pruebas genéticas para el diagnóstico de Síndromes que muchas veces se acompañan de este tipo de psicopatología, como es el caso del Síndrome de Deleción 22q11.2. Un tratamiento precoz y multidisciplinar puede mejorar el pronóstico a largo plazo de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kates WR, Tang KL, Antshel KM, Fremont WP. Behavioral and Psychiatric Phenotypes in 22q11.2 Deletion Syndrome. *J Dev Behav Pediatr* [Internet]. 2015 Oct; 36(8):639–50.
2. Bassett AS, McDonald-McGinn DM, Devriendt K, et al. Practical guidelines for managing patients with 22q11.2 deletion syndrome. *J Pediatr* 2011; 159:332.

3. Schneider M, Debbané M, Bassett AS, Chow EWC, Fung WLA, van den Bree MBM, et al. Psychiatric Disorders From Childhood to Adulthood in 22q11.2 Deletion Syndrome: Results From the International Consortium on Brain and Behavior in 22q11.2 Deletion Syndrome. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2014 Jun;171(6):627–39.
4. McDonald-McGinn DM, Sullivan KE. Chromosome 22q11.2 deletion syndrome (DiGeorge syndrome/velocardiofacial syndrome). *Medicine (Baltimore)* 2011; 90:1.
5. Vorstman JA, Breetvelt EJ, Duijff SN, et al. Cognitive decline preceding the onset of psychosis in patients with 22q11.2 deletion syndrome. *JAMA Psychiatry* 2015; 72:377. 1.
6. Norkett EM, Lincoln SH, Gonzalez-Heydrich J, D'Angelo EJ. Social cognitive impairment in 22q11 deletion syndrome: A review. *Psychiatry Res* [Internet]. 2017 Jul 1; 253:99–106.
7. Lowther C, Costain G, Baribeau DA, Bassett AS. Genomic Disorders in Psychiatry—What Does the Clinician Need to Know? *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2017 Nov 20;19(11):82.
8. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Editorial medica Panamericana. 2014.
9. Organización Mundial de la Salud. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2008.

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), y tiene la finalidad de participar, a través de su publicación, en la mejora de la calidad de la asistencia clínica, de la investigación, de la docencia y de 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 sus distintos y diversos puntos de vista: genético, epidemiológico, clínico, psicoterápico, farmacológico, socio-sanitario, etc., así como desde el punto de vista social, cultural y económico.

La revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a los Requisitos Uniformes para Manuscritos presentados a Revistas Biomédicas (5ª edición, <http://www.icmje.org>): Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y las Normas de Vancouver, 1997.

Los originales para publicación deberán enviarse a la Secretaría Técnica de la Revista, a través de su correo electrónico, dirección.revista@aepnya.org, o del sistema disponible en su página web, www.aepnya.com, en la sección "Información para autoras/es". La Secretaría acusará recibo de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación.

Esta 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, deberá consultarse la página web del International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>).

Los originales se presentarán a doble espacio y con márgenes suficientes, escritos en cualquier procesador de texto estándar (a ser posible en WORD). Las hojas irán numeradas. En la primera página debe colocarse, en el orden que se cita, la siguiente información:

- a) Título original (en español e inglés).
- b) Inicial del nombre y apellidos del autor/autores.
- c) Nombre del Centro de trabajo. Población.
- d) Dirección del primer firmante y del autor al que se deba dirigir la correspondencia (incluyendo una dirección de correo electrónico).
- e) si el trabajo ha sido financiado, debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación.

- f) 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.

La segunda página corresponderá al Resumen y Palabras Clave. El resumen se hará en español e inglés, se presentará en hoja aparte y tendrá una extensión máxima de unas 250 palabras. Presentará una estructuración similar a la del manuscrito (vg., 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. A continuaciones indicarán hasta un máximo de cinco Palabras Clave elegidas de acuerdo con las normas de los índices médicos de uso más frecuente (Medical Subject Headings del Index Medicus), se tal manera que el trabajo pueda codificarse a través de ellas (cf. <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

En general, es deseable el mínimo de abreviaturas en el texto, aceptándose 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.

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.)

Los manuscritos pueden ser enviados para cualquiera de las Secciones de la Revista: Artículos Originales, Artículos de Revisión, Casos Clínicos, Comentarios Breves, Cartas al Director y Notas Bibliográficas. 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 en parte o totalmente sin permiso de la misma. Todos los manuscritos deben ser inéditos, y no se aceptarán trabajos publicados en otra revista.

1.-Artículos Originales

Se consideran tales los trabajos de investigación originales sobre cualquiera de las áreas de interés de la Revista.

Como norma general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, y estructurándose éste bajo la siguiente secuencia:

1. Primera página, tal y como se detalla más arriba
2. Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba.
3. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo
4. Hipótesis y/o Objetivos
5. Material y Métodos, con la descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos
6. Resultados, con una exposición concisa de los datos obtenidos
7. Discusión
8. Conclusiones, y
9. Bibliografía (se recomienda no superar las 50 citas)

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>). Para la publicación de ensayos clínicos 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 consideran 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 caracterizan por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica, y serán preferentemente revisiones sistemáticas.

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

1. Primera página, tal y como se detalla más arriba
2. Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
3. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo
4. Justificación y/o Objetivos de la Revisión
5. Métodos, si procede, de realización de la búsqueda y revisión bibliográfica
6. Desarrollo (la revisión propiamente dicha)
7. Conclusiones y
8. Bibliografía (se recomiendan entre 50 y 80 citas, aunque será flexible según el tema tratado)

3.-Casos Clínicos y Comentarios Breves

Se considerarán tales los originales con tamaño muestral limitado, o que describan casos clínicos que supongan una

aportación importante al conocimiento de la enfermedad, o que revisen brevemente aspectos concretos de interés para los contenidos de la Revista.

Los trabajos publicados como Casos Clínicos o Comentarios Breves tendrán una extensión máxima de 10 folios, pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. Se estructurarán bajo siguiente secuencia:

1. Primera página, tal y como se detalla más arriba
2. Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
3. Descripción del caso clínico, o desarrollo del comentario
4. Discusión
5. Conclusiones, y
6. Bibliografía (se recomienda no superar las 10 citas)

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 previamente a su publicación (derecho a réplica). La extensión máxima será de 750 palabras, el número de citas 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.

6.- Secciones Especiales

Bajo este epígrafe se publicarán trabajos de interés particular para la Revista y que, por sus características, no encajen en los modelos antedichos. En general, serán secciones de carácter fijo y periódico, realizadas por encargo del Comité Editorial o a propuesta de autores socios de la AEPNYA, siempre con el compromiso del autor de mantener su periodicidad o con un diseño previo por parte de éste que indique la cantidad total de números de la Revista que contendrán la sección.

7.- 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.

8.- Números Monográficos

Se podrá proponer por parte de los 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.

Tablas y figuras

Las tablas deben estar numeradas independientemente, con números arábigos, por su orden de aparición en el texto, y deben contener el correspondiente título describiendo su contenido, de forma que sean comprensibles aisladas del texto del manuscrito. Estarán citadas en el texto en su lugar correspondiente.

Los dibujos y gráficos especiales deberán presentarse en formato electrónico adecuado (preferiblemente jpg o tiff). Deberán llevar una numeración correlativa conjunta, estarán debidamente citados en el texto y sus pies explicativos irán incorporados al texto en el lugar de su cita. En caso de utilización de formatos informáticos especiales, los autores deben ponerse en contacto con la Secretaría Técnica de la Revista para valorar la mejor solución. Si se reproducen fotografías o datos de pacientes, éstos no deben ser identificativos del sujeto, y se acompañarán del correspondiente consentimiento informado escrito que autorice su publicación, reproducción y divulgación en soporte papel y en Internet en formato de libre acceso en la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Bibliografía

Las referencias bibliográficas se presentarán todas la final del manuscrito, se numerarán por orden de aparición en el texto, y el número arábigo que corresponda a cada una será el que utilizará en el texto (entre paréntesis y en tamaño de letra igual al cuerpo del texto) para indicar que ese contenido del texto se relaciona con la referencia reseñada. Se recomienda incluir en la Bibliografía la citación de trabajos en español, considerados de relevancia por el/los autor/es, 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>):

1.- Artículo estándar: 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 (Dunn JD, Reid GE, Bruening ML. Techiques for phosphopeptide enrichment prior to analysis by mass spectrometry. *Mass Spectr Rev* 2010;29:29-54).

*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 dispones de nº de volumen.

2.-Libro: Autor/es o editor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año (Hassani S. *Mathematical physics. A morden introduction to its foundations*. New York: Springer-Verlag; 1999).

3.-Capítulo del libro: Autores 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 (Tsytovich 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.

Envío de manuscritos

Los originales para publicación deberán enviarse a la Secretaría Técnica de la revista, a través de su correo electrónico, direccion.revista@aepnya.org, o del sistema disponible en su página web, www.aepnya.com, en la sección "Información para autor/es". La Secretaría acusará recibo de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación.

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

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 sometida 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, debiendo en tal caso indicarse su nombre, ciudad y fecha, y remitirse junto con el manuscrito el trabajo presentado para certificar 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 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 numeración de dicha financiación.

La Secretaría de Redacción acusará recibí de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación. El manuscrito será inicialmente examinado por el Comité Editorial, y si se considera susceptible de aceptación lo revisará y/o lo remitirá, 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 pruebas del mismo para su corrección, que deberán ser devueltas en el plazo de los 4 días siguientes a su recepción. De no recibirse dicha devolución, 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.

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, remitiéndose a los revisores los manuscritos sin la autoría.

A través de los informe realizados por los revisores, el Comité Editorial tomará la decisión de publicar o no el trabajo, pudiendo 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 propuesto. Pasado dicho término, 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 galeras, aprobar dichos cambios o sugerir modificaciones.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Las investigaciones origen de los artículos remitidos habrán de ajustarse a la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica y sus posteriores modificaciones, así como a la Declaración de Helsinki y sus posteriores enmiendas, y deberá manifestarse en el apartado de Métodos que el protocolo de investigación y el consentimiento informado fueron aprobados por el correspondiente Comité de Ética, aportando certificado del hecho. Si pudiera sospecharse la identidad de un paciente, o si pretende publicarse una fotografía de éste, deberá presentarse su correspondiente consentimiento informado.

En caso de existir conflictos de intereses, y/o de haber recibido patrocinio o beca, deberán manifestarse siempre.

En caso del uso de animales para experimentación u otros fines científicos, deberá facilitarse la declaración de cumplimiento de las leyes europeas y nacionales (Real Decreto 1201/2005 de 10 de octubre sobre protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos, y posteriores modificaciones y regulaciones).

Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir material (texto, tablas, figuras) de otras publicaciones.

En la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. En general, para figurar como autor se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Haber participado en la concepción y realización del trabajo que ha dado como resultado el artículo en cuestión.
2. Haber participado en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo.
3. Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada. La Secretaría de Redacción declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos.

El contenido del artículo debe ser completamente original, no haber sido publicado previamente, y no estar enviado a cualquier otra publicación ni sometido a consideración o revisión.

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, debiendo en tal caso indicarse su nombre, ciudad y fecha, y remitirse junto con el manuscrito el trabajo presentado para certificar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación. Los autores deben ser conscientes de que no revelar que el material sometido a publicación ha sido ya total o parcialmente publicado constituye un grave quebranto de la ética científica.

Los autores deben mencionar en la sección de Métodos que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido realizados tras obtención del correspondiente consentimiento informado. El estudio habrá sido revisado y aprobado por los comités de Investigación y/o Ética de la institución donde se ha realizado.

En el caso de la descripción de Casos Clínicos, cuando el paciente pueda ser reconocido por la descripción de la enfermedad o por las figuras que ilustren el artículo, deberá enviarse el correspondiente consentimiento informado con el permiso para la publicación tanto del texto del artículo como de las imágenes del mismo. Del mismo modo, los autores deberán declarar que han seguido los protocolos establecidos por sus respectivos centros sanitarios para acceder a los datos de las historias clínicas con el objeto de realizar este tipo de publicación con finalidad de investigación/divulgación para la comunidad científica.

VERIFICAR SIEMPRE ANTES DE REMITIR A LA SECRETARÍA

Compruebe el contenido de su envío:

1. Página titular incluyendo: título, lista de autores, nombre y dirección del centro, financiación, teléfono, e-mail.
2. Segunda página con resumen en español; resumen en inglés; palabras clave e español e inglés
3. Tablas y Figuras según el formato indicado, correctamente numeradas e identificadas en el manuscrito
4. Bibliografía estrictamente según los requisitos señalados en estas Normas de Publicación (no hacerlo podrá ser motivo de no aceptación)
5. Especificar la Sección de la Revista a la que se desea adscribir el manuscrito
6. Verificar las responsabilidades éticas y los conflictos de interés