

SECCIÓN ESPECIAL: CURSOS DE ACTUALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL - ALICANTE

Terapia grupal en salud mental infantil: generalidades	
<i>E. Catalá Ortuño, L. Martínez Illana</i>	9
El TPL en la adolescencia: Propuesta de intervención grupal desde las USMI-J de Alicante	
<i>C. García Quintero, E. Martín Moreno</i>	16
Habilidades parentales para padres con trastorno mental: una prevención necesaria	
<i>H. Romero Escobar, E. Martín Moreno, A. Calvo Fernández</i>	22
Experiencia terapéutica con un grupo de niños y sus aportaciones a la consulta psiquiátrica infantil	
<i>I. García Miralles, J. Hernández Gadea</i>	28
¿Es posible la atención psicoterapéutica para todos en las instituciones públicas de Salud Mental Infanto-Juvenil? Experiencia a través de grupos multifamiliares en el Área de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela (Alicante, España)	
<i>J. Sempere, C. Fuenzalida</i>	35

ARTÍCULO ORIGINAL

Hacia una medicina individualizada en el paciente con trastorno por déficit de atención e hiperactividad	
<i>T.J. Canto, A. Muñoz, S. Plaza</i>	44
Revistas internacionales más representativas que publican sobre TDAH	
<i>C. Torres Pascual, J. Cornellà Canals</i>	57
Estudio sobre el temperamento y el carácter en población infantil diagnosticada de TDAH	
<i>A. Pelaz Antolín, A. Pérez Tejeda, C. Herráez Martín de Valmaseda, O. Granada Jiménez, F. Ruiz Sanz</i>	62

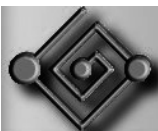
CASOS CLÍNICOS

Un caso de trastorno obsesivo-compulsivo familiar	
<i>L. Varela Reboiras, M. Tajés Alonso, M. D. Domínguez Santos, J. Al. Mazaira Castro</i>	70

NECROLÓGICA DR. DIEGO GUTIÉRREZ GÓMEZ	74
---	----

RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS	75
------------------------------	----

NORMAS DE PUBLICACIÓN	76
-----------------------------	----



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

Adolfo de los Santos Sánchez-Barbudo (Sevilla)
Francisco de Sande Díaz (Lanzarote)
Enrique Ortega García (León)
Antonio Pelaz Antolín (Madrid)
Josep Cornellà i Canals (Girona)
José Alfredo Mazaira Castro
(Santiago de Compostela)
Xavier Gastaminza Pérez (Barcelona)
Rafael de Burgos Marín (Córdoba)
Francisco Ruiz Sanz (Palencia)
Belén Rubio Morell (Tenerife)
Josué Monzón Díaz (Tenerife)
Francisco Díaz Atienza (Granada)

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
Apartado de Correos 2037
23008 - Jaén
direccion.revista@aepnya.org

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:

editorial
SELENE

C/Jérez, 21
28231 Las Rozas (Madrid)
Tlf.: (91) 6395965

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

Presidenta: Josefina Castro Fornieles
Vice-presidenta: María Dolores Mojarro Práxedes
Secretaria: Belén Rubio Morell
Tesorero: José Ángel Alda Diez
Presidenta Comité Científico: Aránzazu
Fernández Rivas
Presidente Comité Publicaciones: Tomás J. Cantó
Diez
Vocales: Óscar Herreros Rodríguez (Medios
electrónicos), María Dolores Moreno Pardillo,
Beatriz Payá González

COMISIÓN DE REDACCIÓN

J.R. Gutiérrez Casares ... Ex-director RPIJ
A.Fernández Rivas ... Presidenta
Comisión Científica AEPNYA
T.J. Cantó Díez Presidente del Comité
de Publicaciones
J. Toro i Trallero Miembro Electo
por la AEPNYA

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

J. Córdoba Rodríguez	V. López-Ibor Camós
J. de Moragas Gallisa	J. Rom i Font
C. Vázquez Velasco	J. Tomás i Vilaltella
L. Folch i Camarasa	J.L. Alcázar Fernández
A. Serrate Torrente	M. Velilla Picazo
F.J. Mendiguchía Quijada	M.J. Mardomingo Sanz
M. de Linares Pezzi	María Dolores Domínguez Santos

Copyright 2014

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

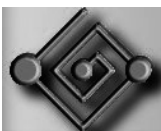
Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular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

Depósito legal: B.41.588-90

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 90 €
ESTUDIANTES/MIRES 60 €
EXTRANJERO 180 \$

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

FORMA DE PAGO: CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO
 DOMICILIACIÓN BANCARIA

.....

ORDEN DE PAGO, DOMICIALIZACIÓN 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

SECCIÓN ESPECIAL: CURSOS DE ACTUALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL - ALICANTE

Group therapy in child mental health: general overview	
<i>E. Catalá Ortuño, L. Martínez Illana</i>	9
Borderline Personality Disorder in Adolescence: Proposal of Group Intervention in USMI-J in Alicante	
<i>C. García Quintero, E. Martín Moreno</i>	16
Parental habilities for parents with mental disorders: a necessary prevention	
<i>H. Romero Escobar, E. Martín Moreno, A. Calvo Fernández</i>	22
Group experience with children and its contribution to the individual psychiatric assistance	
<i>I. García Miralles, J. Hernández Gadea</i>	28
Is It Possible a Psychotherapy Treatment for Everybody in Child and Adolescent Public Mental Health? Our Experience through Multifamily Therapy in a Child and Adolescent Public Institution in Orihuela (Alicante, Spain).	
<i>J. Sempere, C. Fuenzalida</i>	35

ORIGINAL

Towards individualized medicine in patients with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder	
<i>T.J. Canto, A. Muñoz, S. Plaza</i>	44
Most representative international journals that publish on ADHD	
<i>C. Torres Pascual, J. Cornellà Canals</i>	57
Study on the character and temperament in ADHD children	
<i>A. Pelaz Antolín, A. Pérez Tejeda, C. Herráez Martín de Valmaseda, O. Granada Jiménez, F. Ruiz Sanz</i>	62

CASE REPORTS

A case of familiar obsessive-compulsive disorder	
<i>L. Varela Reboiras, M. Tajés Alonso, M. D. Domínguez Santos, J. Al. Mazaira Castro</i>	70

NECROLÓGICA DR. DIEGO GUTIÉRREZ GÓMEZ	74
---	----

BOOK FORUM	75
------------------	----

NORMAS DE PUBLICACIÓN	76
-----------------------------	----

FICHA TECNICA

SANDOZ

FICHA TECNICA SANDOZ

Sección Especial: Cursos de Actualización en Psiquiatría Infanto-Juvenil - Alicante

Los esfuerzos entusiastas por encontrarnos y aprender han caracterizado desde que yo la conozco a esta especialidad, que dentro de poco se verá reconocida, esperemos que para beneficio de todos. Una de las posibles ventajas se centrará en el área de la formación de los futuros psiquiatras infanto-juveniles, alcanzando ésta mayor extensión y homogeneidad.

Así, los equipos de salud mental infanto-juvenil de la provincia de Alicante nos venimos reuniendo desde el año 2007 con el objetivo de formarnos y también de intercambiar noticias y opiniones sobre nuestra ocupación cotidiana con los pacientes.

La tarea formativa ha sido asumida de forma rotatoria por las diferentes Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil (asumiendo el que escribe la coordinación y organización de las ponencias) si bien progresivamente se han venido incorporando compañeros de otras provincias para enriquecer los contenidos.

El nombre de esta actividad formativa es Curso de Actualización en Salud Mental Infanto-juvenil. Tiene hasta ahora un carácter presencial, gratuito, y ha contado con la acreditación de Formación Médica Continuada del Sistema Nacional de Salud desde hace ya 3 años.

Los artículos publicados a continuación reflejan parte del trabajo realizado en el curso 2012-2013, que tuvo como hilo conductor las intervenciones grupales. Algunos de los ponentes han querido que sus exposiciones se vieran plasmadas en estos escritos que siguen diferentes formatos, para aprovechamiento de todo el colectivo de socios de AEPNYA, y como reflejo de la dinámica formativa que, con nuestro esfuerzo y con el apoyo de nuestros jefes de servicio, gestores, instituciones y ocasionalmente la industria farmacéutica, hemos llevado a cabo en la provincia de Alicante.

Kristian Naenen Hernani
USMI de Alicante-Hospital General

E. Catalá Ortuño, L. Martínez Illana

Unidad de Salud Mental Infantil de La Marina Baixa
Centro de Salud La Cala
C/ Benissa SN
Benidorm (Alicante)

Correspondencia:

elenacatala@yahoo.com
C/ Tosqueres 2-C
03724 Moraira (Alicante)

*Terapia grupal en
salud mental infantil:
generalidades*

*Group therapy in child
mental health: general
overview*

RESUMEN

La psicoterapia de grupo es única entre todas las terapias: la oportunidad de establecer numerosas relaciones, crea un contexto rico y especial para el cambio personal. El poder de este instrumento proviene de la importancia que tienen las interacciones personales en nuestro desarrollo psicológico y su sentido de unión o cohesión que el proceso de grupo facilita. Yalom describió estos factores terapéuticos, que se dan en cualquier tipo de grupo. (1)

Hay tantos tipos de grupos como teorías individuales y las técnicas utilizadas son diversas, describimos algunos de los más utilizados.

Por otro lado, no podemos olvidar la idoneidad de la formación de grupos en asistencia sanitaria donde un número reducido de profesionales no permite una psicoterapia útil sobre una base individual. (2)

Las reglas y modos de expresión están interrelacionados. Se da prioridad a la verbalización, pero a ciertas edades la utilización de material intermediario como el juego y el dibujo, es esencial. Las indicaciones para el tratamiento grupal son múltiples, en las contraindicaciones destaca la necesidad de instaurar límites en cuanto a las descargas agresivas. (2)

Palabras clave: terapia grupal infantil, factores terapéuticos grupales

ABSTRACT

The group psychotherapy is a unique technique amongst all the therapies: you get the chance to establish several relationships, creates a rich context and suitable for a personal change.

This is a powerful tool due to the importance of the personal interactions in our psychological development and the sense of juncture that the group therapy provides.

Yalom described those therapeutical factors that could appear in any group type. (1)

There are so many groups as individual theories as well as techniques and we are describing some of the most common ones.

On the other hand, we can not forget the suitability of the groups in health assistance, in this case the reduced number of professionals do not allow a useful psychotherapy on a individual basis. (2)

The rules and ways of expression are interrelated. Priority is verbalization; however, at certain stages using other material such we drawing or playing is essential.

There are many indications for the group therapy, amongst the contraindications we can highlight how important is to set boundaries in aggressive behaviour. (2)

Key words: child group therapy, group therapy factors

INTRODUCCIÓN

En la provincia de Alicante, los profesionales dedicados al cuidado de la salud mental infantil, mantenemos reuniones mensuales, con el objeto de supervisar situaciones clínicas y teóricas comunes. El presente trabajo surge gracias al interés general en revisar las terapias grupales infantiles.

La utilización de la psicoterapia de grupos en niños fue descrita ya en los años treinta. En 1925 Aichorn utilizó grupos terapéuticos en instituciones para jóvenes delinquentes. Slavson realizaba grupos con niños en edad de latencia (1934) y Kurt Lewin en actividades de recreo (1935). (2)

En la actualidad, pese a ser muy utilizada con niños, escasean las publicaciones al respecto.

El presente texto pretende ser una revisión introductoria y general de estas terapias de grupo. Posteriormente otros compañeros se detendrán en algunas de ellas con mayor detalle.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Dada la gran heterogeneidad en tipos de grupos y métodos de trabajo, sentimos que sería útil realizar una revisión general. Una revisión no sólo diferenciadora de cada modalidad, también destacando algunos aspectos técnicos de la terapia, así como en los mecanismos psicoterapéuticos que se movilizan durante estas terapias.

Todo ello con el objetivo de acercarnos al conocimiento de la terapia grupal en niños y poder beneficiarnos todos de este valioso instrumento, tanto los profesionales como las instituciones y, por supuesto, nuestros pacientes.

DESARROLLO

Podríamos definir la Terapia de Grupo a la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes. (3)

Es una modalidad de tratamiento psicológico/psiquiátrico ampliamente aceptada, que utiliza las fuerzas terapéuticas en el seno de un grupo, las interacciones constructivas entre sus miembros y las intervenciones de un líder experimentado para cambiar la conducta maladaptativa, los pensamientos y los sentimientos emocionalmente estresados de los miembros del grupo. Tratamiento en el que personas cuidadosamente seleccionadas y emocionalmente enfermas coinciden en un grupo guiado por un terapeuta experimentado y se ayudan unas a otra para alcanzar un cambio en su personalidad. Mediante el

uso de una variedad de maniobras técnicas y constructos teóricos, el líder dirige las interacciones del grupo para alcanzar dichos cambios. (4)

Es el grupo, no el líder, el agente primario del cambio, y es responsabilidad de éste último crear un clima en el que puedan florecer numerosos significados de las relaciones entre los miembros. (3)

En niños y adolescentes, la terapia individual es realmente una situación excepcional, en el sentido de que el chico es separado y aislado de su grupo de compañeros y abordado como individuo que ofrece información sobre las dificultades que padece en su pertenencia a los distintos grupos. (4)

Algunos de los grupos más utilizados en niños son: niños diagnosticados de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (con niños o padres), niños diagnosticados de Trastornos Generalizados del Desarrollo, grupos Psicoeducativos, Multifamiliares, para habilidades sociales, de adolescentes sanos o con patología, de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, etc. (5)

La psicoterapia de grupo es única entre todas las terapias: la oportunidad de establecer numerosas relaciones que aumentan el desarrollo, crea un contexto rico y especial para el cambio personal.

“Es una forma de tratamiento que utiliza propiedades terapéuticas que no comparten otras psicoterapias, se apoya en el “escenario grupal (situación que crean unas personas, bajo la conducción de un profesional, lo que les aporta una serie de beneficios, que les siguen animando a trabajar en grupo; creación de un espacio compartido en el que se habla de uno mismo, de cómo se ve a sí mismo, y cómo ve a los demás)”. El poder de este instrumento proviene de la importancia que tienen las interacciones personales en nuestro desarrollo psicológico. (Vinogradov y Yalom, 1996). (1)

Por otro lado, no podemos olvidar la idoneidad de la formación de grupos en asistencia sanitaria donde un número reducido de profesionales no permite una psicoterapia útil sobre una base individual. (4)

Tipos de actividades de grupos en niños

1. Parámetros teóricos. Características:

Hay tantos tipos de grupos como teorías individuales. Unas se centran en apoyo y mejoría de las aptitudes sociales, otras en elaboración de conflictos intrapsíquicos no resueltos.

Pueden focalizarse hacia: un individuo dentro del contexto del grupo, a las interacciones entre los miembros del grupo, a la valoración del grupo como un todo. (ver TABLA)

Los grupos más aplicados en infanto-juvenil según la orientación teórica son:

- Terapia psicoanalítica de grupo
- Terapia de grupo cognitivo-conductual: donde se encuadran la mayoría de grupos psicoeducativos
- Terapia de juego en grupo
- Terapia familiar sistémica.
- Grupos multifamiliares

Menos frecuentemente en infantil:

- Psicodrama
- Grupos de autoayuda y 12 pasos
- Relajación

Una clasificación de la psicoterapias según su mecanismo de acción conduce a una tipología que va desde un punto extremo ocupado por aquellas que buscan obtener el insight, por medio de la comunicación verbal, hasta otro punto extremo ocupado por las terapias basadas en las experiencias corporales, pasando por la interacción, la cognición y el condicionamiento conductual.

Según los objetivos que se proponen alcanzar, se pueden distinguir las psicoterapias que buscan disminuir el nivel de excitación del sistema nervioso (meditación, entrenamiento autógeno, relajación); las que buscan eliminar los síntomas (conductuales, sugestivas, hipnóticas) y a mejorar la adaptación social (cumplimiento de tareas, adopción de roles); las que persiguen el autoanálisis y la modificación de la personalidad (terapias psicoanalíticas) y aquellas que buscan estimular la expresión de las emociones (terapia gestalt, psicodrama).

Ver Tabla (6)

2. Parámetros técnicos:

- Desde el punto de vista de su composición pueden ser. Homogéneos o heterogéneos en función de las características sociodemográficas y de los diagnósticos de los participantes, los cuales pueden ser diferentes o similares.
- En cuanto al diagnóstico que presentan los participantes, pueden seguirse categorías o reagrupación de categoría.

- Los grupos pueden ser “cerrados” si no se acepta la entrada de nuevos miembros una vez constituidos o “abiertos” si nuevos miembros pueden entrar libremente (“lentamente abiertos” si uno o dos pacientes pueden entrar cuando el conductor lo juzgue necesario).
- Por otro lado existen diferencias también con relación a su duración. La duración es quizás el factor que más condiciona las otras variables de las actividades de grupo. Podemos establecer en un extremo los grupos de larga duración y en el otro, los grupos de corta duración.

Los de larga duración suelen ser de orientación psicoanalítica. En general heterogéneos a nivel del diagnóstico y lentamente abiertos. El conductor tiene una actitud “analítica” interviniendo poco. Los fenómenos de grupo tienen gran importancia para el funcionamiento de la psicoterapia.

Los de corta duración son típicos los de orientación psicopedagógica. El conductor participa de manera muy activa desvelándose y dando consejos. Los grupos son cerrados. Si bien son también importantes los procesos de grupo, no son decisivos, se recalca la importancia del aprendizaje durante la sesión y de generalizar en el exterior, en la vida cotidiana. (3)

TAREAS BÁSICAS DEL TERAPEUTA EN PSICOTERAPIA DE GRUPO:

1. Decisión de establecer un grupo de psicoterapia:

- Decidir contexto, escenario y tamaño de grupo (la mayoría de terapeutas consideran que el tamaño ideal está entre 8 y 10. Con menos, la interacción puede resultar pobre; con más de 10, puede ser tan amplia que resulte difícil de seguir. Siempre el tamaño óptimo del grupo está vinculado con los factores terapéuticos que el líder desea fomentar en el trabajo grupal).
- Frecuencia y duración de las reuniones del grupo (la mayoría de terapeutas conducen sesiones una vez por semana, de entre 1 y 2 horas, teniendo en cuenta la edad y capacidad de los niños para tolerar la reunión. Es muy importante mantener la continuidad entre las sesiones).
- Abierto o cerrado.
- Homogéneos o heterogéneos, dependiendo de los objetivos y necesidades. En niños y adolescentes

TABLA 1 (6)			
Psicoanálisis en grupo	Terapia cognitivo-conductual	Terapia de juego en grupo	Terapia sistémica
Objetivo: reestructurar carácter y personalidad	Desarrollar respuestas adaptativas. Eliminar conductas pensamientos y emociones desadaptativos	Insight. Estructurar el juego para reexperimentar, lo que facilita la liberación y ayuda a controlar	Flexibilizar las comunicaciones entre los miembros
Fundamento: sintomatología es causada por conflictos inconscientes. Insight y reelaboración eliminarán el síntoma	Interacciones pensamiento - emoción- conducta. Las conductas son aprendidas	Juego: medio natural de expresión	Las interacciones familiares disfuncionales causan la sintomatología
Líder: poco directivo, activo: cuestiona defensas, interpreta	Directivo y activo	Depende de la orientación (psicoanalítico, relacional..)	Directivo y activo
Duración: intensivo y prolongado. 90 minutos, 1-2 veces/semana, por años	Breve, objetivos concretos. Semanales, 90-120 minutos, duración limitada	Semanal, pequeños 30-40 minutos; mayores y adolescentes 1 hora	Normalmente duración limitada
Tamaño: 6-8	Máximo 12	En función de número de terapeutas y dx	Familias aisladas o agrupadas
Técnicas: análisis sueños, interpretación transferencia y mecanismos de defensa	Modelado, role-playing, contingencias, refuerzo, reestructuración cognitiva	juguetes	Connotación positiva, prescripción del síntoma, afirmaciones paradójicas

parece más eficaz formar grupos constituidos por personas del mismo grupo de edad.

- Seleccionar coterapeuta.
- Formular política para el grupo junto con otras modalidades terapéuticas. (7)

2. Acto de crear un grupo de psicoterapia

- Formular objetivos adecuados.
- Seleccionar cuidadosamente a los pacientes (exclusión de chicos con alta probabilidad de ser desviacionistas o expresar conductas en oposición a las metas del grupo entero).
- Preparar a los pacientes para la psicoterapia antes de que ésta comience (esta demostrado que continúan en el tratamiento más tiempo y refieren menor ansiedad inicial).

3. Construcción y mantenimiento del entorno terapéutico: construir la cultura del grupo, identificar y resolver de manera implícita y explícita los problemas comunes (rotación de los miembros, formación de subgrupos, conflictos).

FENOMENOS GRUPALES: factores terapéuticos y defensivos

Se ha podido constatar que ciertos factores comunes a todas las terapias grupales pueden explicar la mayoría de los beneficios de las psicoterapias, y que en cambio, la orientación teórica de los clínicos tan solo explica de forma parcial lo que hacen en su trabajo. Con frecuencia, los terapeutas eficaces utilizan una mezcla de ingredientes terapéuticos comunes que justifican después utilizando la jerga de sus diferentes modelos teóricos.

Los diversos modelos de tratamiento convergen en un aspecto: su impacto terapéutico se ve aumentado por las interacciones, las múltiples relaciones y su sentido de unión o cohesión, que el proceso de grupo facilita.

Estos factores terapéuticos, descritos por Yalom, pueden contribuir a la eficacia de los grupos y son los siguientes:

- Infundir esperanza: se genera al reunirse con otras personas que están experimentando dificultades parecidas y observar a otros que dominan activamente los problemas.

- **Universalidad:** los niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos a menudo se sienten aislados y diferentes a los demás. Al trabajar en grupo, puede difuminarse el aislamiento, y a que los niños y adolescentes vean su trastorno como solo una pequeña parte de su identidad global.
 - **Proporcionar información:** los niños y adolescentes están familiarizados con el formato de obtener nueva información en grupo, como ocurre en el colegio. La terapia en grupo proporciona una oportunidad para reforzar el aprendizaje cuando el chico demuestra lo que ha aprendido a sus compañeros. Muy utilizado en grupos psicoeducativos.
 - **Mejora de las habilidades sociales:** el grupo es un formato seguro en el que mejorara las capacidades interpersonales y de comunicación bajo la supervisión del terapeuta y con compañeros que también se benefician de las situaciones prácticas.
 - **Comportamiento imitativo:** los miembros se benefician de la observación de la terapia de otro paciente que tiene dificultades similares (aprendizaje vicario).
 - **Catarsis:** o dar rienda suelta a las emociones, raramente promueve un cambio verdadero en el paciente, pero es primordial el poder compartir con los demás el propio mundo interior, y seguir siendo aceptado por el grupo.
 - **Recapitulación correctiva del grupo familiar primario:** (experiencia familiar correctora: el grupo recrea la familia de origen de algunos miembros, que pueden así trabajar sobre sus conflictos originales a través de la interacción con el grupo) muchos niños inician la terapia en el marco de experiencias familiares sumamente insatisfactorias, y el grupo y el líder pueden cuestionar los roles fijos existentes y alentar nuevos comportamientos.
 - **Factores existenciales:** que ayudan a los miembros de un grupo a enfrentarse a sus limitaciones con mayor franqueza y valor.
 - **Altruismo:** ayudar a otros mediante el apoyo y la identificación con sus conflictos puede mejorar la autoestima de niño, y puede ayudarle a que adquiera sensación de dominio sobre sus propios problemas. Se produce exclusivamente en situaciones de grupo. Es el factor principal para establecer la cohesión del grupo y el sentimiento de comunidad.
 - **Cohesión:** una de las características más complejas y absolutamente esenciales en una psicoterapia exitosa. Se refiere al atractivo que los participantes ejercen sobre el grupo y sobre el resto de miembros. Los miembros de un grupo cohesivo se aceptan y se apoyan mutuamente y tienden a formar relaciones significativas en el seno del grupo. Es análogo a la relación terapeuta-paciente en psicoterapia individual. El grupo, no el líder, es el agente primario del cambio y es responsabilidad de éste último crear un clima en el que puedan florecer numerosos significados de las relaciones entre los miembros. Fuerte asociación entre la cohesión y el resultado de la terapia de grupo. Debe ser la meta principal de un líder de grupo efectivo.
 - **Aprendizaje interpersonal:** las relaciones interpersonales contribuyen no solo al desarrollo de la personalidad, sino también a la génesis de la psicopatología. Por tanto, las interacciones interpersonales pueden utilizarse en la terapia tanto para comprender como para tratar los trastornos psicológicos.
 - **Otros factores:** contagio, imitación, inspiración, interacción interpretación, ventilación, etc.
- Estos factores terapéuticos siempre se ven modificados y mediatizados por otros factores, mayormente por el tipo de grupo, la fase del mismo, y las diferencias individuales entre pacientes.
- Al mismo tiempo, pueden detectarse en los grupos procesos defensivos grupales, que pueden amenazar el trabajo grupal si no son manejados adecuadamente.
- Hablamos por ejemplo de “ataques” hacia la figura del terapeuta, la formación de subgrupos, o el fenómeno de “meseta”, que se refiere a un proceso de estancamiento grupal, con aparición de contenidos indiferentes y poco significativos, tras un cierto número de sesiones. (1)
- Indicaciones y Contraindicaciones del Grupo**
- Las indicaciones para ser incluido en una terapia grupal son múltiples, prácticamente cualquier situación vital que requiera apoyo o tratamiento psicoterapéutico sería adecuada, así como casi cualquier patología infantil. En algunas situaciones particulares pueden resultar especialmente beneficiosas estas terapias, como por ejemplo en un reformatorio, pues los adolescentes pueden responder mejor a tratamiento grupal que individual o en unidades de internamiento psiquiátrico. (8)

A veces la indicación de tratamiento grupal surge de los padres o por puro pragmatismo por insuficiencia de recursos. No debe por ello considerarse un sub-tratamiento. (2)

Existen pocas contraindicaciones para la psicoterapia de grupo, pero hay algunas situaciones-pacientes que deben excluirse del grupo. Hay que valorar bien el mejor abordaje terapéutico para cada paciente y evaluar las motivaciones de los pacientes por el tratamiento, así como su capacidad de cambio, fortalezas y debilidades de su personalidad.

Teniendo en cuenta el diagnóstico: Los pacientes antisociales no funcionan bien en el seno de un grupo; sin embargo, si el grupo está compuesto por otros antisociales, pueden responder mejor a este tipo de compañeros que a los que perciben como una figura de autoridad. (7)

Los pacientes deprimidos se benefician del grupo una vez han establecido una relación de confianza con el terapeuta. Los pacientes con ideación suicida activa o depresión grave deberían tener además otro tipo de tratamiento más intensivo.

Los pacientes maníacos resultan problemáticos, pero una vez controlados funcionan bien en grupo.

Los pacientes delirantes que pueden incorporar al grupo en su ideación delirante deben ser excluidos.

Los pacientes con accesos incontrolables de agresividad también serán excluidos.

Aquellos pacientes que se vuelven extremadamente ansiosos ante figuras de autoridad pueden funcionar muy bien en grupo, ya que se sienten más cómodos que en una relación diádica, debido a que la autoridad en el grupo queda diluida entre todos los miembros.

Los pacientes esquizoides y límites generalmente reaccionan de manera negativa o ansiosa cuando se les coloca en un grupo. Si consiguen superar su ansiedad sin abandonar, la terapia de grupo puede resultarles muy beneficiosa. (5)

Por otro lado, es muy importante valorar bien la probabilidad de abandono precoz del grupo de un paciente determinado, pues el abandono prematuro puede resultar nocivo tanto para el paciente que abandona como para el resto de miembros. En este sentido, es importante valorar ciertas situaciones que nos pueden ayudar a calcular la probabilidad de abandono prematuro como: la presencia de estrés grave, puede impedir que un paciente se invo-

lucre lo suficiente en el grupo, especialmente si ve que el resto de compañeros del grupo se preocupan por problemas “menos importantes” (3)

La heterogeneidad de los miembros, en términos sociodemográficos puede ser tolerada y de hecho, incrementa la interacción y el aprendizaje interpersonal. Sin embargo, los miembros muy desviacionistas o que expresen conductas en oposición a las metas del grupo entero deben ser excluidos para proteger al grupo del sabotaje.

Los pacientes con problemas de intimidad: pacientes muy esquizoides, con autorevelaciones inadecuadas, incapacidad para compartir con el terapeuta. (5)

Fases de evolución del grupo

El desarrollo del grupo está íntimamente unida a la cohesión. Existen al menos tres etapas en el desarrollo de un grupo:

- Etapa de formación del nuevo grupo. Refleja la ansiedad de los miembros respecto a las circunstancias nuevas y algo inusuales, y a su cuestionamiento implícito y explícito de permanecer en el grupo o no. Existe gran confusión sobre cómo proceder y una dependencia marcada de las orientaciones, respuestas y aprobación del líder. Esta etapa generalmente no es terapéutica, pero sirve para crear la cohesión a medida que los miembros empiezan a descubrir similitudes entre ellos.
- Etapa de ataque, caracterizada por el conflicto que surge cuando los miembros luchan por encontrar un lugar en el grupo. Las conductas de buscar y dar consejos desaparecen gradualmente para ser reemplazadas por cometarios en un tono más negativo, por críticas y juicios expresados en un intento de controlar ansiedades y establecer una posición de poder en el grupo. Con frecuencia, el líder es el objetivo del ataque, no tanto como persona, sino por su posición de poder en el grupo.
- Etapa de normalización, caracterizada por el desarrollo de la cohesión del grupo y por su lucha en la tarea a la que se enfrenta: las metas terapéuticas de sus miembros. En esta etapa aparece el “nosotros contra el mundo”, en que los miembros han aprendido a obtener beneficios mutuos y una interacción productiva. El logro de esta etapa es la meta del líder. (7)

CONCLUSIONES

La utilización de las terapias grupales en Unidades de Salud Mental Infanto Juveniles son utilizadas con frecuencia y pueden aportar gran cantidad de beneficios. El poder terapéutico es el más destacable de ellos, gracias a los factores grupales que favorecen la eficacia de estas terapias.

El conocimiento de estos factores terapéuticos y su dinámica es importante para asegurarse buenos resultados.

Las indicaciones son múltiples y las contraindicaciones son muy pocas, si bien en algunos casos es importante una buena selección de los participantes.

Por todo ello, consideramos importante el conocimiento de las características básicas de este tipo de terapias grupales, para así extender su utilización en la práctica diaria de nuestras consultas en el trabajo en la infancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vinogradov y Yalom. Guía breve de psicoterapia de grupo. Ed: Paidós.
2. J.Rodríguez. Psicopatología del niño y del adolescente. Ed. Universidad de Sevilla.
3. José Guimón. Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y programas. Ed: Biblioteca nueva.
4. J. de Ajuriaguerra. J. de Ajuriaguerra. Manual de psiquiatría infantil. Ed. Masson
5. Kaplan y Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 10ªed. Ed Lippincot WyW.
6. Wiener y Dulcan. Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Ed: Masson.
7. Luis Oblitas. Psicoterapias contemporáneas.
8. Rutter M. y otros. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 5th ed. Ed. Wiley-Blackwell.

García Quintero, C¹. y Martín Moreno, E²

¹ Psicóloga especialista en psicología clínica. Unidad de salud mental infanto- juvenil Cabo Huertas (Alicante)

² Psicóloga especialista en psicología clínica. Unidad de salud mental infanto- juvenil San Vicente del Raspeig (Alicante)

Correspondencia:

Cayetana García Quintero.

Unidad de Salud Mental Infanto – Juvenil Cabo Huertas (Alicante)

Calle Arpón s/n Alicante 03540. 965160928

cayetana_garcíaquintero@yahoo.es

*El TPL en la adolescencia:
Propuesta de intervención
grupala desde las USMI-J de
Alicante*

*Borderline Personality
Disorder in Adolescence:
Proposal of Group
Intervention in USMI-J in
Alicante*

RESUMEN

El Trastorno de Personalidad Límite (TPL), es el más frecuente de los trastornos de personalidad y uno de los más severos por el deterioro global que genera. Presenta una amplia variabilidad sintomática y una elevada comorbilidad, por lo que consume una gran cantidad de recursos sanitarios. El inicio de este trastorno se sitúa en la adolescencia tardía, por lo que las unidades de salud mental infanto-juvenil (USMI-J) juegan un papel relevante en el diagnóstico e intervención precoces. En este artículo describimos la clínica, las dificultades para un diagnóstico precoz y controversias acerca del mismo, a pesar de que en la investigación reciente es cada vez más aceptado. Posteriormente se describen las intervenciones psicológicas más relevantes que han mostrado eficacia para el TPL y su adaptación a la población adolescente. Destacamos iniciativas desarrolladas en nuestro país, sobre todo a nivel de terapia grupal combinada con la individual y por último se propone una intervención grupal específica para mejorar el tratamiento que reciben en las USMI-J de Alicante.

Palabras clave: TPL, Adolescencia y Terapia grupal.

Borderline Personality Disorder in Adolescence: Proposal of Group Intervention in USMI-J in Alicante.

SUMMARY

Borderline personality disorder (BPD), is the most frequent of personality disorders, and one of the most severe in global impairment. It shows huge symptomatic variability and high comorbidity rate, so that it spends a big amount of public health service resources. The beginning of this disorder takes place in late adolescence, so Child and Adolescent Mental Health Units (USMI-J) have a relevant role in early diagnosis and intervention. In this article, we describe clinics, early diagnosis difficulties and controversies about it; although in recent investigation it is gradually more accepted. We describe the most relevant psychotherapeutic interventions useful in BPD and its adaptation for adolescent population. We remark initiatives developed in our country, most of all in combination of group and individual therapy, and finally, it is proposed a specific group intervention in order to improve treatment in USMI-J in Alicante.

Key words: BPD, adolescence, group therapy.

EL TPL EN LA ADOLESCENCIA

El hecho de padecer síntomas TPL en la adolescencia se asocia con un riesgo incrementado para el diagnóstico de TPL en adultos, para trastornos del Eje I (abuso de sustancias y trastorno del estado de ánimo), problemas interpersonales, estrés y calidad de vida reducida¹. Por ello es muy importante el diagnóstico precoz, aunque en estas edades existe cierta controversia a la hora de entender la sintomatología TPL.

Las primeras descripciones se remontan a 1940, dos años después de que A. Stern (1938) utilizase por primera vez el término *borderline*². Pero no fue hasta la publicación del DSM-IV cuando fue posible realizar el diagnóstico del TPL en menores de edad³. Los estudios de prevalencia muestran que ésta es similar o incluso superior a la de adultos. Se estima que en la población general, el TPL afecta al 3% de los adolescentes, siendo el 1% de la población clínica y al 49% de los adolescentes hospitalizados.⁴

La fiabilidad y validez de constructo del TPL encontrada en muestras de adolescentes son adecuadas y comparables a las muestras de adultos estudiadas⁵, pero existe confusión respecto a la validez predictiva (estabilidad temporal de los síntomas) del TPL en esta etapa. En algunos estudios^{5,6} se observan tasas de remisión elevadas a los 2 años (entre el 66%-85%) y superiores a las obtenidas en los adultos con TPL (35%). También se detecta que, en una proporción pequeña pero clínicamente significativa de adolescentes, la sintomatología persiste hasta la edad adulta.⁵

Por tanto, en la adolescencia, el pronóstico es variable y se describe una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo, de tal forma que a partir de la cuarta o quinta década de la vida se logra una cierta estabilidad en las relaciones y el funcionamiento familiar. El grupo de Zanarini⁷, llevó a cabo un estudio que incluía el seguimiento a 6 años de 362 pacientes ingresados con trastorno de la personalidad con el objetivo de realizar un estudio longitudinal de la fenomenología sindrómica y subsindrómica del TPL. De los 362 pacientes evaluados, 290 cumplieron criterios diagnósticos de TPL. De éstos, 34,5% cumplían criterios de remisión a los 2 años, 49,4% a los 4 años, 68,6% a los 6 años y el 73,5% a lo largo de todo el seguimiento. Sólo el 5,9% de estos pacientes mostraron recaídas. Los síntomas impulsivos tuvieron la evolución más favorable, en

especial las autolesiones, el abuso de tóxicos y la promiscuidad sexual. En segundo lugar, los síntomas cognitivos y las relaciones interpersonales. Finalmente, los síntomas afectivos fueron los que menos remitieron, ya que la mayoría seguían presentando un afecto disfórico, siendo así de los síntomas más estables a nivel longitudinal del TPL. Los diferentes estudios de seguimiento a 15 años ofrecieron resultados similares. Todos mostraban una evolución general favorable con dificultades moderadas pero dentro del rango de la normalidad. Para el grupo de Paris⁸, sólo el 25% continuaban cumpliendo criterios para el TPL pero con mejoría en todas las áreas. Entre el 8 y el 10% de los pacientes diagnosticados de TPL fallecen por suicidio consumado, siendo la mayor tasa en los primeros 5 años, es decir en la fase más temprana del TPL, donde hay una impulsividad más marcada. En un estudio de seguimiento a casi treinta años, Paris señala que la mayoría de pacientes funcionan aún mejor al final que en la valoración a los 15 años, a los veintisiete años de seguimiento, sólo un 8% de los pacientes cumplía criterios para TPL y un 22% cumplía criterios para trastorno distímico, lo que corrobora la presencia de alteración afectiva como síntoma más estable del TPL.

Según estos estudios longitudinales, aunque algunas de las características del trastorno pueden estar presentes a lo largo de la vida de las personas con TPL, la intensidad sintomatológica puede variar, por lo que se pone en entredicho la estabilidad en el tiempo del diagnóstico de TPL, ya que, si los pacientes mejoran, ya no cumplen criterios diagnósticos.

Como hemos visto, por un lado, hay quien se cuestiona el diagnóstico TPL en los adolescentes defendiendo que en la adolescencia la personalidad está todavía en desarrollo y que suelen ser frecuentes las disfunciones emocionales y conductuales. Las razones que aducen para mantener esta postura son la escasa estabilidad de los síntomas TPL y los pocos estudios existentes al respecto.

Por otro lado, cada vez son más autores⁹ los que defienden que los síntomas TPL son reconocibles en la adolescencia y no son reducibles a un diagnóstico del eje I. Desde esta perspectiva, se defiende que, aunque la personalidad de los adolescentes está aún en desarrollo y cambia con el tiempo, los síntomas TPL más graves de la adolescencia como es la marcada impulsividad autodestructiva, con conductas como: encuentros sexuales desenfrenados, atracones, abuso de sustancias, conducción temeraria y conductas autolesivas, no son manifestacio-

nes propias de un adolescente normal en desarrollo¹⁰.

Existe cierta evidencia de que el diagnóstico es estable entre el 21 y el 40% de los jóvenes durante un período de 2-3 años. Sin embargo, otros estudios muestran las posibilidades de recuperación del trastorno y aconsejan tener precaución al realizar el diagnóstico de TPL en jóvenes, por el estigma asociado al mismo. En la práctica clínica habitual, el diagnóstico de TPL no suele hacerse antes de los 13 años sino más bien después de los 16 y siempre y cuando el diagnóstico se haya manifestado a lo largo de un año.

Si revisamos el DSM-IV-TR, encontramos que permite realizar el diagnóstico en menores de 18 años, “en los casos relativamente raros en los que los rasgos de personalidad desadaptativos particulares del individuo parezcan ser tendentes a extenderse, a persistir y a no limitarse a una etapa particular del desarrollo o a un episodio de trastornos del Eje I”. En este caso, especifica que “es necesario que los síntomas estén presentes como mínimo durante un año, en lugar de dos años para TLP en adultos”.³

Por tanto, según esto, el TPL puede diagnosticarse en adolescentes cuando sus comportamientos inadaptados o autodestructivos son persistentes, omnipresentes y empeoran con el tiempo. Es decir sus comportamientos coinciden con un Patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos.

Aunque encontramos en nuestras consultas de salud mental adolescente este perfil patológico con claridad, pensamos que se ha de realizar el diagnóstico de TPL con especial cautela. Los patrones impulsivos se dan con mayor frecuencia en la adolescencia y no necesariamente acaban derivando en un TPL, por lo que habrían de tener un menor peso para el diagnóstico temprano. Y por el contrario, un comportamiento autolesivo repetitivo, especialmente si es en privado, es un indicador de gran riesgo, así como la inestabilidad afectiva y el patrón de búsqueda o necesidad de relaciones sentimentales exclusivas, por lo que estas características tendrían un mayor peso para el diagnóstico esta etapa del desarrollo.¹¹

La conclusión es que a los adolescentes que acuden a nuestras USMIS, amparándonos en la bibliografía científica, se les puede y debería dar el diagnóstico de TPL si sus síntomas se ajustan a los criterios diagnósticos. Pero en la realidad de nuestra práctica clínica habitual, una proporción significativa de jóvenes que cumplen criterios propios de TPL únicamente son diagnosticados y tratados

para trastornos del Eje I (depresión mayor, si presentan síntomas internalizantes, o trastorno de conducta, si presentan síntomas externalizantes). De esta forma no reciben un tratamiento específico para su comportamiento disfuncional y acaban recibiendo tratamientos inapropiados, con lo que el curso del trastorno puede empeorar y/o complicarse y por tanto aumentar los riesgos para su salud y su calidad de vida posterior.

TRATAMIENTO DEL TPL EN LA ADOLESCENCIA

En nuestra revisión, encontramos que las intervenciones psicológicas que se realizan para el TPL en la adolescencia son prácticamente las mismas con alguna adaptación, que para el TPL adulto, de hecho, en los ensayos clínicos consultados se seleccionan pacientes a partir de los 16 años.

La primera Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en ser evaluada empíricamente para el TPL, fue la Terapia Dialéctica Comportamental (TDC) de Linehan¹², cuya meta principal es el aprendizaje de habilidades para cambiar patrones desadaptativos de conducta, emociones y de pensamiento asociados a problemas vitales. El tratamiento diseñado originalmente, comprende una larga duración (mínimo un año) y el abordaje es individual, grupal y telefónico.

Las intervenciones que se han desarrollado posteriormente para abordar los síntomas específicos del TPL se basan en los postulados de la TDC, intentado simplificarla y acortarla sin perder potencia terapéutica.

Se han realizado adaptaciones para validar la TDC a la población adolescente con síntomas de TLP¹³. La TDC para adolescente se ha adaptado en su duración y contenido, pasando de un año a 16 semanas. La TDC para adolescentes incluye una intervención grupal familiar de entrenamiento en habilidades de manejo, para que el ambiente sirva de modelo y refuerzo de las habilidades que se trabajan con los adolescentes, de este modo la familia utiliza un lenguaje común y se implica en la validación emocional del adolescente. También, además de las sesiones individuales, se da especial énfasis al entrenamiento grupal de habilidades de afrontamiento, de carácter semanal y con una duración media de 2 horas. En estas sesiones se dedica la primera parte a revisar las tareas para casa y en la segunda parte se entrenan diferentes habilidades (mindfulness, tolerancia al malestar, regulación emocional...). Se han propuesto un mínimo

de 4 sesiones multifamiliares para una intervención con el adolescente de 16 semanas¹⁴.

Desde principios del año 2000, ya encontramos evidencia empírica de los buenos resultados de aplicar la TDC adaptada a adolescentes¹⁴:

- En el año 2008, Woodberry¹⁵, con adolescentes entre 13 y 18 años, aplican 12 semanas de TDC individual, terapia grupal multifamiliar y asesoramiento telefónico, consiguiendo resultados significativos para el control del malestar.
- El grupo de James¹⁶, aplican a adolescentes, con edades comprendidas entre trece y diecisiete años y con funcionamiento borderline, un año de sesiones semanales individuales, grupales y familiares, seguimiento telefónico y obtienen resultados significativos en los síntomas propios del TLP.
- En otro estudio, el grupo de Shelton¹⁷, adaptan la TDC para adolescentes entre 16 y 19 años en un centro de reforma, con problemas de conducta por impulsividad e inestabilidad emocional. Realizan 16 semanas de sesiones grupales de entrenamiento de habilidades, consiguiendo mejoras significativas en sus estrategias de afrontamiento y conductas impulsivas.

Hay evidencias del aumento de la eficacia de la intervención para la regulación emocional en los adolescentes inestables mediante el entrenamiento grupal de habilidades de afrontamiento como adyuvante a la intervención individual.¹⁸

Por otro lado, en España también se han realizado adaptaciones de programas de tratamiento para TPL como es el caso del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau que ya en 1998 realizó una primera adaptación¹⁹ del modelo de grupo de habilidades de M. Linehan de TDC. El programa general comprende una duración de 6 meses de terapia individual y grupal.

Otro ejemplo y en esta ocasión más específico para adolescentes es el del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde han desarrollado el programa ATRAPA (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia), para adolescentes con inestabilidad emocional grave y alto riesgo de suicidio. Realizan terapia grupal para pacientes y sus familias, en combinación con un abordaje individual.

Hay otras adaptaciones de la TDC que comparten sus axiomas básicos de funcionamiento (STEPPS, TRC...), pero nosotras vamos a destacar la Terapia Icónica, derivada de la TDC, ya que nos parece muy adecuada para la población adolescente y se ha desarrollado en nuestro país.

La terapia Icónica de Soledad Santiago interviene²⁰ en los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales, con el fin de mejorar la estabilidad emocional y las habilidades de autodirección personal, aumentando así la capacidad de recuperación emocional y de afrontamiento ante cualquier frustración. Contiene:

1. Técnicas de reestructuración y reconceptualización cognitiva,
2. Técnicas conductuales: entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento,
3. Conciencia y control de emociones,
4. Utilización de conflictos espontáneos de la vida real para generalizar lo aprendido sobre afrontamiento.

Los conceptos trabajados en la terapia, se representan en imágenes gráficas (iconos) y sirven tanto para comprender como para evocar, mediante la memoria visual, todos los aspectos trabajados. Los iconos funcionarían como señales para la autodirección personal, lo que facilitaría a las personas impulsivas la aplicación de las técnicas, anticipándose a su propio impulso.

Desde nuestro servicio nacional de salud se enfatiza la importancia de la prevención, siendo el TPL en el adulto, uno de los diagnósticos donde más esfuerzos y recursos se consumen con resultados parciales. Por esto la importancia de una atención específica y fundamentada científicamente para el TPL en sus fases iniciales, la adolescencia.

Desde la Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. (Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut) 21 se realizan las siguientes recomendaciones generales sobre las intervenciones psicosociales preventivas para la población con riesgo de TPL incipiente:

√ Se recomiendan intervenciones preventivas que incluyan a jóvenes y adolescentes con riesgo de TPL, dirigidas a reducir los síntomas presentes y no limitarse a

las manifestaciones del TPL ya consolidado.

√ Se recomiendan intervenciones específicas de atención temprana para mejorar la sintomatología subsindrómica del TPL y prevenir un declive en el funcionamiento global del paciente.

√ Se recomienda educación sanitaria dirigida a los profesionales de la salud, profesionales en contacto con la población de riesgo y población general, para ayudar al reconocimiento de síntomas prodrómicos en la población, sobre todo en jóvenes.

√ Se recomienda realizar una aproximación cuidadosa a la sintomatología y sufrimiento presente, tanto con el paciente como con la familia, con una actitud empática y esperanzadora.

CONCLUSIÓN Y PROPUESTA

En general, encontramos que, basándose en la TDC, los tratamientos específicos para los adolescentes borderline se centran principalmente en el entrenamiento de habilidades para la autorregulación emocional. Con respecto al tipo de abordaje, encontramos que generalmente las sesiones grupales/individuales se complementan mutuamente, trabajando los mismos conceptos:

- ▶ En la intervención grupal: conceptualización y aprendizaje de estrategias para el control emocional y
- ▶ En la individual: relación terapéutica y generalización de lo aprendido en el grupo para producir el cambio en su vida personal.

En aras de rentabilizar esfuerzos, consideramos necesaria la mejora asistencial que actualmente podemos ofrecer a la población adolescente con rasgos de personalidad límite y sus familias.

Como hemos visto, cada vez encontramos más ejemplos de proyectos de adaptación de los tratamientos validados en adultos a la población adolescente con un funcionamiento TPL. La intervención más eficaz para este perfil de pacientes es conjunta (psicoterapia individual y grupal). Por esto nos proponemos:

- Adaptar una de las propuestas con evidencia empírica para el TPL a nuestra realidad asistencial.
- Valorar si la aplicación de una terapia grupal añadida a la psicoterapia individual en los adolescentes con un funcionamiento TPL, mejora la evolución y el curso de la enfermedad, en:

- ▶ Disminuir las conductas inadaptadas,
- ▶ Aumentar las conductas de afrontamiento y
- ▶ Mejorar la funcionalidad en los diferentes ámbitos de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chanen A. Early intervention for borderline personality disorder in young people. Youth Health Research Centre & Clinical Program. The University of Melbourne & Northwestern Mental Health 2009.
2. Middleton A. Differentiating adolescents with borderline personality disorder from normal adolescents and adolescents with other disorders. The University of Texas at Austin 2004.
3. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4.ª ed. rev.). Washington, American Psychiatric Association. Barcelona: Masson, 2002.
4. Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *J Pers Disord.* 2004;18:526-41.
5. Miller A, Muehlenkamp J y Jacobson C. Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review* 2008; 28, 969-981.
6. Salters-Pedneault, K. Borderline personality adolescents. *Health's Disease and Condition* 2008.
7. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2003; 160:274-83.
8. Paris J, Brown R, Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry* 1987;28:530-5.
9. Lyons-Ruth. Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: Prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood *Psychiatry Research* 2013; 273-281.
10. Sharp C. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:563-73.
11. Washburn. Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents *Child and Ado-*

- lescent Psychiatry and Mental Health 2012; 6:14.
12. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York, NY (US): Guilford Press; 1993.
 13. Miller A, Rathus J, Linehan M, Wetzler S, Leigh E. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *J Pract Psychiatry Behav Health* 1997;3:78-86.
 14. MacPherson H. Dialectical Behavior Therapy for Adolescents: Theory, Treatment Adaptations, and Empirical Outcomes *Clin Child Fam Psychol Rev* 2013; 16:59–80.
 15. Woodberry KA, Gallo KP, Nock MK. An experimental pilot study of response to invalidation in young women with features of borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2008;157:169–180.
 16. James A, Winmill L, Anderson C, & Alfoadari K. A preliminary study of an extension of a community dialectic behaviour therapy (DBT) programme to adolescents in the looked after care system. *Child and Adolescent Mental Health* 2011; 16, 9–13.
 17. Shelton D, Kesten K, Zhang W & Trestman R. Impact of dialectical behavior therapy—Corrections modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2011; 24,105–113.
 18. Marieke Schuppert Effectiveness of an Emotion Regulation Group Training for Adolescents—a Randomized Controlled Pilot Study *Clin. Psychol. Psychother* 2009;16, 467–478.
 19. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina J, Campins MF, Gich I, Álvarez E y Pérez V Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 2009;47, 353-358.
 20. Santiago, S. *Tratando... inestabilidad emocional, Terapia Icónica*. Madrid: Pirámide 2008.
 21. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.

H. Romero Escobar¹, E. Martín Moreno²,
A. Calvo Fernández³

Unidad de salud mental Infantil y Juvenil. Hospital General Universitario de Alicante

¹Psiquiatra, ²Psicóloga Clínica, ³MIR de Psiquiatría

Correspondencia:

Helena Romero Escobar

Avda. de Alicante s/n. 03690. San Vicente del Raspeig (Alicante).

aljudit@gmail.com

*Habilidades parentales
para padres con trastorno
mental: una prevención
necesaria*

*Parental abilities for
parents with mental
disorders: a necessary
prevention*

RESUMEN

Pese a que las recomendaciones generales de salud indican la importancia de priorizar el desarrollo de programas de prevención, desde salud mental se tiende, a focalizar la atención en la parte más asistencial, de trincheras. En las unidades de salud mental infantil, al intervenir en la edad pediátrica, se podría considerar que ya se está realizando la tarea preventiva de esos futuros adultos.

La presencia de psicopatología en uno o ambos padres puede comprometer la salud mental de los hijos por la exposición a pautas desadaptativas de crianza y problemas en la vinculación afectiva.

En algunos países ya se está invirtiendo recursos en apoyar y mejorar las habilidades parentales de pacientes con Trastorno Mental de las Unidades de Salud Mental de Adultos como medida protectora y por tanto preventiva de estos menores en riesgo.

En este trabajo se revisa la relevancia de la crianza saludable y el establecimiento de una vinculación segura para el desarrollo de una correcta salud mental.

Se describen iniciativas llevadas a cabo con el objetivo de prevenir alteraciones en los hijos de personas con Trastorno Mental.

Y tras este análisis, conscientes de la importancia preventiva de intervenir en este ámbito, desde nuestra Unidad de Salud Mental Infantil, proponemos realizar de forma grupal un trabajo de fortalecimiento de lazos vinculares y pautas de crianza en padres usuarios de los servicios de salud mental y los dispositivos de las Unidades de Conductas Adictivas.

Palabras clave: padres, trastorno mental, psicopatología, prevención.

ABSTRACT

Although the general health recommendations indicate the importance of prioritizing the development of prevention programs, in mental health services we tend to focus the attention only on care. In child mental health units, as we intervene on children, we could think that the preventive task is being performed for these future adults.

The presence of psychopathology in one or both parents may compromise the mental health of children from exposure to maladaptive patterns of parenting and bonding problems.

Some countries are already investing resources to support and improve parenting skills for patients with a mental disorder as a protective and preventive action for these children at risk.

In this paper we discuss the importance of healthy parenting and the establishment of a secure attachment for the development of a proper mental health. It describes initiatives taken in order to prevent disturbances in children whose parents have a mental disorder.

And after this analysis, aware of the importance of preventive actions in this field, from our Children's Mental Health Unit, we propose to work with groups of parents from Adult Mental Health and Addictive Behaviour Units to strengthen attachment and improve parenting skills.

Key words: parents, mental disorder, psychopathology, prevention.

JUSTIFICACIÓN

Hace tiempo ya, que en medicina se tiene claro que es mucho más costoso para la sociedad intentar curar o frenar determinadas alteraciones físicas como infartos cardíacos o accidentes vasculares cerebrales y costear sus secuelas y consecuencias (económicas y humanas), que intentar ir al origen.

Así el doctor Valentín Fuster (1) está llevando a cabo un trabajo consistente en promover hábitos saludables en niños en edad preescolar con la colaboración de los personajes de Barrio Sésamo en varios países, entre ellos España, Colombia y Estados Unidos. Este reputado cardiólogo que probablemente ha salvado muchas vidas, muy posiblemente también ha presenciado la muerte de otra gente, para quienes era demasiado tarde y no se pudo hacer nada para evitar que fallecieran. Estas vivencias son las que le han llevado al final de su carrera profesional a dedicar su tiempo y sus conocimientos a prevenir. Ahora piensa que a medio y largo plazo esto contribuirá a aumentar la esperanza de vida y sobre todo a mejorar la calidad de vida de la gente.

En nuestro campo de salud mental, se está empezando en esta línea de la prevención con programas como los de primeros episodios psicóticos (2). Es mucho más costoso y se requieren muchos recursos para la atención de trastornos mentales graves (tratamientos farmacológicos,

medidas de rehabilitación e inserción social...) que lo que requiere la prevención.

En cuanto al ámbito de la Salud Mental Infantil; por definición, hacemos prevención de la salud mental del futuro adulto. Sin embargo, muchas veces nos llegan "tarde" y por tanto actuamos "tarde". A menudo en las Unidades de Salud Mental, nos dedicamos más a la asistencia de trinchera y nada o casi nada a la Prevención y Promoción de la Salud Mental. Más allá de los casos individuales, como profesionales de la Salud Infantil, tenemos la obligación de proteger a la infancia e intentar evitar daños que en ocasiones pueden llegar a ser irreparables durante su desarrollo.

Siguiendo esta reflexión, debemos plantearnos... ¿Qué necesitan los niños para desarrollarse adecuadamente? (3, 4)

La pirámide del psicólogo humanista Maslow (5) nos habla de una jerarquía en la que no se pueden alcanzar los peldaños superiores de espiritualidad y superación mientras no se tienen cubiertos los inferiores consistentes en cubrir las necesidades fisiológicas básicas. Esto puede resumirse en una frase: Los niños para su correcto desarrollo necesitan básicamente tres cosas: seguridad, afecto y límites. Es decir, necesitan sentirse seguros, queridos y tener un modelo o guía de conducta a seguir.

Según apunta toda la evidencia científica somos el resultado de la interacción genes-ambiente. Según apuntaba el fisiólogo alemán Preyer, autor del primer manual de Psicología evolutiva (6), el niño no es una tabla rasa, sino que viene determinado por sus características genéticas y será el ambiente el encargado de completar el desarrollo. Sobre la carga genética poco se puede actuar, de momento. Sin embargo, las condiciones ambientales sí podemos intentar mejorarlas. Sabemos que las relaciones de apego tempranas van a ser determinantes para el neurodesarrollo y para la posterior formación de la personalidad.

Por otro lado, también sabemos que la presencia de psicopatología en uno o ambos padres puede comprometer grave e irreversiblemente el establecimiento de una vinculación temprana adecuada (7).

En países como Rusia se destinan por ello cinco veces más recursos a la Salud Mental Infantil que a la Salud Mental del Adulto (8). Y en otros países, como analizaremos más adelante, empiezan a diseñarse programas de abordaje de las dificultades paternas en pacientes de las Unidades de salud mental de Adultos (9, 10, 11, 12, 13).

Conscientes de la importancia preventiva de intervenir en este ámbito, desde nuestra Unidad de Salud Mental Infantil proponemos realizar de forma grupal un trabajo de fortalecimiento de lazos vinculares en padres usuarios de los servicios de salud mental y los dispositivos de las Unidades de conductas adictivas.

ANTECEDENTES

Existen suficientes evidencias desde el campo de la neurociencia, de la psicología social y de la psicología del desarrollo que indican que las intervenciones en los primeros años de vida de un niño pueden prevenir desenlaces adversos a largo plazo, así como mejorar el funcionamiento de los padres (14).

En Suiza, en el equipo del psiquiatra alicantino Francisco Palacio (15), se trabaja desde hace años en evaluar y mejorar el vínculo entre el bebé y sus padres.

Esto se hace en el contexto de consultas individuales, lo cual resulta costoso pero sostenible por su modelo sanitario que es mayormente privado.

En el trabajo realizado por Jiménez Pascual A.M. (16) sobre la evaluación de la interacción padres-bebés se describen los distintos tipos de relación que se establecen entre los padres y el bebé.

1. Relación sobreinvolucrada:

El progenitor se involucra en exceso, ya sea en la atención física y/o psicológica:

El Progenitor obstaculiza las metas y deseos del bebé; controla de forma excesiva o formula exigencias inadecuadas para el nivel de desarrollo del bebé.

El bebé parece difuso, no enfocado e indiferenciado; despliega conductas sumisas o puede carecer de habilidades motrices o lingüísticas.

2. Relación subinvolucrada:

Conexión con el bebé esporádica o infrecuente.

Progenitor: insensible o no responde a las señales del bebé; ignora, rechaza o no conforta al bebé; no le protege adecuadamente.

Bebé: puede parecer retrasado en el desarrollo psicomotor.

Progenitor y bebé parecen desligados.

3. Relación ansiosa-tensa:

Interacciones tensas, con poco disfrute distendido.

El progenitor puede ser sobreprotector o hipersensible.

La manipulación del bebé puede ser torpe o tensa. Aparecen algunas interacciones verbal o emocionalmente negativas.

La adecuación entre los temperamentos es pobre.

El niño puede ser muy obediente o ansioso.

4. Relación colérica-hostil:

Interacción ruda y abrupta carente de reciprocidad emocional.

El progenitor puede ser insensible a las señales del bebé.

El niño puede parecer ansioso, inhibido, impulsivo o difusamente agresivo.

El niño puede presentar conductas temerosas, vigilantes y evitativas, o por el contrario, puede manifestarse exigente, desafiante o resistente con su progenitor.

En estos casos, los niños tienden más a las conductas concretas que al desarrollo de la fantasía e imaginación.

Aunque no todos los hijos de padres con algún trastorno mental van a experimentar dificultades (debido a la resiliencia y otros factores protectores), el riesgo de padecer algún trastorno mental es dos a tres veces superior que el de la población general. (17, 18).

Así en una muestra de usuarios de una unidad de salud mental de adultos, el 50% de los hijos cuyos padres padecían algún trastorno mental padecían ellos mismos algún problema de salud mental. (19).

El riesgo psicopatológico de los niños se ve incrementado por la combinación de una serie de factores entre los que se incluyen: adversidad psicosocial, edad de los niños, estadio del desarrollo, relaciones familiares y severidad y cronicidad del trastorno psiquiátrico de los padres. (20, 21).

En Australia se ha visto que la mayoría de los programas están orientados a niños entre 8 y 18 años y que existe un vacío asistencial en niños menores de 8 años.

Hay pocos estudios en cuanto a investigación, evaluación y prevención en el área de hijos de padres con trastorno mental, especialmente en cuanto a las necesidades de los niños entre 0 y 5 años (22). Algo más se ha hecho en el contexto específico de la depresión post-parto. (23).

Sabemos que los hijos de padres con algún tipo de psicopatología son una población de alto riesgo y a menudo estos padres son los que menos ayuda piden; por un lado por el estigma de su enfermedad mental, por otro quizá por el temor a perder la custodia de sus hijos. El sen-

timiento de discriminación, marginación y culpa en unos casos y la falta de insight en otros, les impide buscar ayuda para sus dificultades en la crianza de sus hijos (24, 25).

En Australia se están llevando a cabo programas preventivos en la línea de Promoción, Prevención e Intervención precoz en Salud Mental (Commonwealth Department of Health and Age Care, 2000) (26, 27, 28).

El Plan Nacional para promover la Salud Mental perinatal (2008-2010) tiene por objetivo mejorar la salud mental perinatal y el bienestar de las madres así como la relación de estas con sus hijos (29). Concretamente existe una preocupación creciente en identificar los padres con problemas de alcohol o drogas.

En el caso concreto de la depresión materna, no es suficiente con tratar dicha depresión, también habrá que intervenir en la relación madre-hijo, puesto que el abordaje único de la depresión materna no sería suficiente para mejorar el bienestar del niño. (30).

Se necesitan políticas de Salud Pública para proteger a los niños, haciendo especial hincapié en los hogares con padres con trastorno mental, abuso de tóxicos o violencia doméstica. Así mismo se requieren estudios longitudinales para medir la eficacia de estas intervenciones preventivas (31).

No es nada nuevo el sugerir que la intervención más precoz y más intensiva puede modificar la trayectoria vital de los niños en riesgo.

Pero conviene preguntarse cómo hacerlo, quién puede llevarlo a cabo mejor, qué profesionales deberían estar implicados, cuál es la mejor medida en términos de coste/beneficio. En las discusiones clínicas de muchas reuniones de equipo se suele hacer comentarios del estilo: “estos padres están mucho peor que sus hijos”. Pero, habría que preguntarse cuántos padres que están realmente mal no consultan nunca en una unidad de salud mental infantil.

Debemos cambiar el foco hacia esos padres ya diagnosticados en las Unidades de Salud Mental de Adultos y en las Unidades de conductas Adictivas.

En un estudio (32) llevan a cabo un programa piloto de grupo de padres para mejorar las habilidades parentales de padres usuarios de unidades de salud mental de adultos y de unidades de conductas adictivas.

La estructura del estudio consta de un programa inicial de 6 sesiones semanales, seguido de 4 visitas domiciliarias complementarias, en las que se objetiva la puesta en marcha de las estrategias aprendidas, con la

posibilidad de desarrollar un plan de seguridad familiar si fuera necesario.

Las sesiones de 3 horas cada una incluyen:

1. Crianza positiva: causas de los problemas de conducta infantil.
2. Salud mental paterna y crianza: impacto de la salud mental en la crianza.
3. Desarrollo de relaciones positivas con los hijos (Triple P: Positive parenting Program).
4. Nociones sobre desarrollo infantil (miedos, socialización, aspectos académicos).
5. Manejo de la mala conducta (Triple P).
6. Implementación de rutinas y estrategias (Triple P).

Los criterios de inclusión constan de padres con trastorno mental, con hijos con edades comprendidas entre 2 y 10 años. En cuanto a la evaluación, se utilizó el Inventario de Conducta infantil de Eyberg (36 ítems) y la Escala de Crianza- Parenting Scale (30 ítems). Los resultados del estudio fueron los siguientes:

Se realizaron 5 grupos de padres. Al inicio se incluyeron 29 padres, aunque solo 19 completaron las 10 sesiones. De esos 19 participantes, el 84% eran mujeres. El rango de edad de los padres osciló entre 19 y 55 años. La edad media de los padres fue de 32 años. La edad media de los niños fue de 4.7 años. El 85% de los niños cuyos padres completaron el programa no estaban recibiendo ninguna atención por problemas emocionales o de conducta.

Todos los participantes tenían algún tipo de trastorno mental que repercutía en la crianza; de los 19 que completaron el estudio, el 68% habían sido atendidos en un servicio de salud mental. Ocho de ellos tenían depresión y ansiedad, cinco de ellos tenían depresión, tres sufrían trastorno bipolar, uno estaba diagnosticado de psicosis, una madre tenía depresión post-parto y trastorno de estrés post-traumático, uno tenía depresión y trastorno obsesivo compulsivo y nueve de ellos eran consumidores de alcohol y/o otras drogas.

El programa de escuela de padres con Trastorno mental es capaz de producir mejoría a dos niveles; en las habilidades parentales y en la conducta de los niños.

Las puntuaciones post-grupo en la Parenting Scale sugieren que la negatividad parental, la ausencia de límites paternos y la disciplina ineficaz o demasiado severa, son prácticas parentales que contribuyen a la mala evolución de los hijos. Las puntuaciones del Cuestionario de Ey-

berg post-grupo indican una reducción en los problemas de conducta de sus hijos.

Estos hallazgos sugieren que enseñar a los padres habilidades parentales más constructivas redundaría en una mejoría en la conducta de los niños.

Los padres refirieron sentirse con mayor control y haber aprendido y puesto en práctica estrategias eficaces para manejar la conducta de sus hijos.

Estos resultados son prometedores pero se requieren muestras mayores y replicar esto en otros lugares para reforzar estos hallazgos preliminares.

De vez en cuando tenemos que salir de las trincheras para tener una perspectiva más amplia.

... sino los árboles no nos dejarán ver el bosque....

BIBLIOGRAFÍA

1. Peñalvo JL, Santos- Beneit, G, Sotos- Prieto M, Martínez R, Rodríguez C, Franco M, López-Romero P, Pocock S, Redondo J, & Fuster V. A cluster randomized trial to evaluate the efficacy of a school-based behavioral intervention for health promotion among children aged 3 to 5. *BMC Public Health* 2013;13:256.
2. McGorry PD, Killackey EJ. Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2002 Oct-Dec;11(4):237-47.
3. Egger, H. & Angold, A. Common emotional and behavioural disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006;47(3/4), 313-337.
4. Briggs-Gowan, M., Carter, A., Skuban, E & Hertz, S. Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-year-old children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001; 40, 811-819.
5. Maslow, A. *A Theory of Human Motivation*; 1943. Disponible en books.google.es.
6. Preyer, W. *El alma del niño*; 1882. Ed. Daniel Jorro.
7. Priest, S., Austin, M., Barnett, B & Buist, A. A psychosocial risk assessment model (PRAM) for use with pregnant and postpartum women in primary care settings. *Archives of Women's Mental Health*; 2008, 11(5-6), 307-317..
8. Royal College of Psychiatrists. *Patients as Parents: Addressing the Needs, Including the Safety of Children whose Parents Have Mental Illness*; 2002. (Council Report CR105). London: Royal College of Psychiatrists.
9. Nicholson, J., Hinden, B., Biebel, K., Henry, A., & Katz-Leavy, J. A qualitative study of programs for parents with serious mental illness and their children: Building practice-based evidence. *Journal of Behavioral Health Services and Research*; 2007, 34(4), 395-413.
10. Clark, C. & Smith, P. Promoting Collaborative Practice for children of parents with mental illness and their families. *Psychiatric Rehabilitation Journal*; 2009, 33(2), 95-97.
11. Fudge, E. & Robinson, P. A public health approach to promoting better mental health outcomes for children of parents with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*; 2009, 33(2), 83-90.
12. Newman, L., & Mares, S. Recent advances in the theories of interventions with attachment disorders. *Current Opinion in Psychiatry*; 2007, 20(4) 343-348.
13. Jack P. Shonkoff and Deborah A. Phillips. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*; 2000. Editors: Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, Board on Children, Youth, and Families.
14. Lebovici S. The Bertrand Cramer and Francisco Palacio-Espasa method of mother-infant psychotherapy. *Psychiatr Infant*; 1994;37(2):415-27;discussion 429-41.
15. Jiménez-Pascual AM. Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 2002, Vol 22 (82).
16. Worland, J., Weeks, D. G., & Janes, C. L. Predicting mental health in children at risk; 1987.
17. Maybery, D., Reupert, A., Goodyear, M., Patrick, K., & Crase, L. Prevalence of children whose parents have a mental illness. *Psychiatric Bulletin*; 2009, 33, 22-28.
18. Matthai, J., Jespersen, S., Bourne, A., Donegan, T., Akinbiyi, A., & Gray, K. Use of Strengths and Difficulties Questionnaire in identifying emotional and behavioural problems in children of parents with

- a mental illness in Australia. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health; 2008, 7(3). Disponible en <http://amh.e-contentmanagement.com/archives/vol7/issue/3/article/3267/use-of-the-strengths-and-difficulties>.
19. Fudge, E., Falkov, A., Kowalenko, N., & Robinson, P. Parenting is a mental issue. Australasian Psychiatry; 2004, 12(2) 166-171.
 20. Newman, L., Stevenson, C., Bergman, L., & Boyce, P. Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; 2007, 41(7), 598-606.
 21. Kowalenko, N. Children aged 0-5 with a parent who has a mental illness: The need for early intervention. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health; 2009, 8(3). Disponible en <http://amh.e-contentmanagement.com/archives/vol8/issue/3/article/3470/children-aged-05-with-a-parent-who-has-a-mental>.
 22. Nicholson, J. & Deveney, W. Why not support(ed) parenting? Psychiatric Rehabilitation Journal; 2009, 33, 79-82.
 23. Alakus, C., Conwell, R., Gilbert, M., Buist, A., Castle, D. The needs of parents with a mental illness who have young children: an Australian perspective on service delivery options. International Journal of Social Psychiatry; 2007, 53(4), 333-339.
 24. Fudge E and Mason P. Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health; 2004, 3(2), 50-58. Disponible en www.auseinet.com/journal/vol3iss2/fudgemason.pdf.
 25. Beyondblue (2008). Beyondblue National Action Plan for Perinatal Mental Health 2008-2010. Retrieved 17 november, 2009. Disponible en www.beyondblue.org.au/index.aspx?link_id=4.665#national%20action%20plan.
 26. Kowalenko, N., Barnett, B., Fowler, C., & Matthey, S.. The perinatal period: Early interventions for mental Health. In R. Kosky, A. O'Hanlon, G. Martin, & C. Davis (Eds.), Clinical Approaches to Early Intervention in Child and Adolescent Mental Health; 2000 (Volume 4) (17-22). Adelaide: Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People.
 27. Reupert, A., & Maybery, D. A "snapshot" of Australian programs to support children and adolescents whose parents have a mental illness. Psychiatric Rehabilitation Journal; 2009, 33(2) 125-132.
 28. Austin, M.P. Perinatal mental health: Opportunities and challenges for psychiatry. Australasian Psychiatry; 2003, 11(4), 399-403.
 29. Van Doesum, K., Riksen-Walraven, J., Hosman, C., & Hoefnagels, C. A randomised controlled trial of home visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. Child Development; 2008, 79(3), 547-561.
 30. Scott, D. Think child, think family: How adult specialist services can support children at-risk of abuse and neglect. Family matters; 2009, 81, 37-42.
 31. Phelan, R., Lee, L., Howe, D., & Walter, G. Parenting and mental illness: a pilot programme for parents. Australasian Psychiatry; 2006, 14(4), 399-403.

I García Miralles. J Hernández Gadea

Unidad de salud mental infanto-juvenil de Alcoy

Correspondencia:

C/Salvador Rodríguez Bronchú H-12

Cp 46015.

E-mail: isagm22@hotmail.com

*Experiencia terapéutica
con un grupo de niños y sus
aportaciones a la consulta
psiquiátrica infantil*

*Group experience
with children and its
contribution to the
individual psychiatric
assistance*

RESUMEN

En la presente comunicación queremos compartir nuestra experiencia grupal y comentar algunos aspectos teórico-prácticos que surgieron durante el desarrollo de la misma, por su valiosa contribución al diagnóstico, al tratamiento y al seguimiento de los pacientes.

El grupo está compuesto por cuatro pacientes, dos niñas y dos niños, de entre 8 y 10 años, que acuden a la consulta clínica individual habitual para tratamiento y seguimiento por trastornos de conducta. La experiencia tuvo lugar a lo largo de 12 sesiones con una periodicidad quincenal.

El trabajo grupal nos permitió observar a cada paciente en su interacción con los otros miembros del grupo facilitándonos un conocimiento más integrado y comprensivo de su patología y de su carácter y proporcionándonos otro lugar de intervención.

Palabras clave: terapia grupal, consulta psiquiátrica infantil, psicoterapia de grupo con niños.

SUMMARY

In the present communication I would like to share some theoretical as well as practical aspects that arose

during our group experience because of its valuable contribution to the diagnosis, treatment and the following of the patients.

Four kids, two girls and two boys of eight to nine years, complete the group. They also assist to individual sessions of treatment because of several behavioral problems. Our group experience took place during 12 sessions with a periodicity of one every two weeks.

Group therapy allows the observation of the patient's interactions with the other members easing a more comprehensive knowledge of his pathology as well as broadening the possibilities of intervention and benefit the monitoring of the process.

INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la práctica clínica habitual en una consulta ambulatoria de psiquiatría infantil revela una serie de restricciones propias de su naturaleza y estructura.

En la entrevista individual conocemos al paciente basándonos en la información indirecta aportada por su familia y a través del análisis de las relaciones vinculares

que desarrolla con sus padres y con el terapeuta en el tiempo de la consulta. Sin embargo carecemos de acceso directo a la observación de la mayoría de sus interacciones y actuaciones en su vida fuera de la consulta.

En consulta individual realizamos la mayoría de las intervenciones después de que estas ocurran, sobre un proceso pasado o en curso pero que normalmente tiene lugar fuera de consulta. Por estos motivos, el proceso diagnóstico y terapéutico en consulta individual puede verse tremendamente enriquecido por la experiencia grupal, que sin alcanzar el ideal imposible de hacernos observadores presentes y constantes de la vida familiar, social y escolar del paciente, si puede, ampliar el campo de percepción y de acción del terapeuta.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLINICO

Nuestra experiencia grupal discurre a lo largo de siete meses entre noviembre del 2011 y mayo del 2012 durante 12 sesiones con una periodicidad aproximada quincenal.

Para mantener la confidencialidad sin perder la calidez y la personificación que otorga un nombre a una descripción me referiré a cada uno de los miembros del grupo con un nombre de pila distinto al propio.

Nuestro grupo está compuesto por dos niñas Susana (10a) y Natalia (9a) y por dos niños Iván (9a) y Rubén (8a).

Todos ellos acuden regularmente a sesiones de tratamiento individual derivados ante la sospecha de padecer un trastorno hiperactivo o de conducta. Tras la evaluación inicial Rubén y Susana reciben el diagnóstico CIE 10 de TDAH y se inicia tratamiento farmacológico con psicoestimulantes. Iván y Natalia reciben el diagnóstico de otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y tratamiento con risperidona. Susana recibe además el diagnóstico de retraso mental leve y tratamiento con haloperidol para sus tics.

Susana, Natalia e Iván proceden de un grupo previo, realizado el año anterior.

Antes de pasar a describir la observación grupal, me gustaría presentaros brevemente a los miembros del grupo tras su paso por la consulta individual:

Rubén es descrito como inquieto, impulsivo, opositor y irritable. Cuando le piden algo responde con quejas. “Coge muchos burros”, “no tiene amigos”, “no sabe jugar en equipo”, “le gusta estar a su aire”. En la escuela no se sienta, no presta atención y “todo le parece un rollo”. Lo castigan sin patio, al pasillo o sin excursio-

nes. No entiende porque le castigan y con frecuencia se enfada porque piensa que todos sus compañeros están en contra de él.

Iván fue un gran prematuro. Es muy fantasioso y excitable. Hiperactivo, inatento, desobediente. La demanda inicial se debe a frecuentes e intensas rabietas desbordantes acompañadas de amenazas autolesivas ante frustraciones. Además no muestra ningún interés académico y el rendimiento es muy bajo. Hace travesuras continuas y pequeños hurtos. Se queja con frecuencia de que es insultado y agredido por sus compañeros de clase. La Madre refiere sintomatología ansiosa propia y momentos de desbordamiento emocional con distanciamiento del paciente. Padre poco presente en el tratamiento. La abuela se encarga de su cuidado durante largas temporadas.

Natalia es descrita como “chillona, contestona y de mano larga” su madre refiere rabietas donde se muestra violenta golpeando objetos o golpeándose ella misma con la cabeza contra la pared. En consulta se muestra muy ansiosa, viviendo de forma persecutoria los comentarios de su madre. Se muestra muy insegura durante el juego anticipando el fracaso. Madre joven algo desorganizada. Con frecuencia llegan tarde o se equivocan de cita. Bajo nivel económico. Natalia frecuentemente viste con ropa gastada o que le queda pequeña. En el colegio se quejan de que es habladora y mandona. Se relaciona fundamentalmente con su prima de su misma edad a la que corrige continuamente por un defecto que tienen en la articulación del lenguaje. Padres separados. El padre no acude a las sesiones.

Susana .Prematura. En acogimiento familiar. Hiperactiva. Tiene una limitación cognitiva leve. Su conducta e intereses son infantiles y con frecuencia prefiere jugar sola. Es muy rígida en sus deseos. “cabezota”. Desobediente. Tics frecuentes. Conductas desinhibidas como tocarse los genitales y primitivas como olisquearse las manos. Bajo rendimiento académico.

Con la finalidad de realizar un estudio sobre el grupo las sesiones fueron grabadas y posteriormente supervisadas 7 con la ayuda de un especialista en psicoterapia psicodinámica. Los videos fueron mostrados a los miembros del grupo durante una de las sesiones. (2)

La sesión de una hora de duración fue semiestructurada en tres fases con tiempos flexibles .Una primer tiempo donde se promueve el flujo libre de verbalizaciones y pensamientos, un segundo tiempo de juego donde

la coterapeuta y enfermera de la unidad, explica el procedimiento del juego o juegos a desarrollar. Y finalmente terminamos la sesión con una actividad más relajante de lectura o dramatización de un cuento.

El fin del grupo se anunció en la antepenúltima sesión. La penúltima sesión se dedicó a la elaboración conjunta de una cartulina representativa del grupo, donde cada niño pudo escribir, pintar o recortar lo que quiso. La última sesión del grupo se hizo una merienda de despedida (6), retomamos la experiencia vivida, señalando los momentos importantes y profundizamos en las distintas impresiones. Realizamos una foto que se entrega como recuerdo.

Los juegos elegidos para las sesiones varían entre juegos tradicionales, creativos, de roles y de reglas, alterando juegos de mayor implicación física con juegos más reflexivos, siempre manteniendo un enfoque cooperativo, es decir promoviendo la colaboración de todos los miembros del grupo para alcanzar un resultado. (4)(8)

Trabajamos con un enfoque multimodal encuadrado dentro de las terapias grupales de orientación dinámica. Defendemos la necesidad de una participación activa del terapeuta (9) y su coterapeuta con el fin de asegurar un ambiente productivo donde intervenir con la mayor frecuencia y calidad posible y creemos en la capacidad del juego como método de expresión, vinculación y trabajo con los niños de esta edad.

Nuestro objetivo es tratar de explorar más profundamente las dificultades personales y sociales de nuestros pacientes, favorecer la comprensión de uno mismo, facilitar la expresión del malestar y ampliar el campo de la intervención terapéutica de la consulta individual a la grupal adaptándonos a la capacidad introspectiva de cada sujeto.

A medida que transcurre el grupo observamos una serie de dificultades compartidas que explican gran parte de la clínica descrita por sus familiares y observada en consulta individual.

1. La dificultad para contactar con sus dificultades, expresar sus pensamientos, y verbalizar emociones y deseos de un modo adecuado.
2. La poca capacidad de escucha que existe entre ellos.
3. La tendencia a la acción desmedida y la falta de autorregulación de la misma.
4. La rigidez para sostener intereses particulares (fal-

ta de flexibilidad).

5. La dificultad para cooperar y para ponerse de acuerdo.
6. La tendencia a establecer relaciones lineales con el terapeuta, manteniendo al resto del grupo al margen. (mantenimiento del modelo de la intervención individual). (10)
7. La tendencia generalizada a elegir actividades para rivalizar.
8. La respuesta entre deseosa y persecutoria al uso del video.

Dado que una de las quejas más recurrentes durante la consulta individual habitual se refiere al grado de actividad desarrollado por el paciente, prestamos una especial atención al análisis de la misma durante la actividad grupal.

ENTRE EL PENSAMIENTO Y LA ACCIÓN

Durante el desarrollo del grupo fuimos partícipes del elevado grado de actividad de algunos de los participantes.

Durante la consulta individual los miembros del grupo siempre habían manifestado una conducta ajustada probablemente por estar encuadrados en una situación de mayor estructuración y menor estímulo por lo cual no habíamos podido ser partícipes de la exuberante clínica hipercinética descrita por sus familiares. Sin embargo durante el desarrollo del grupo llamó nuestra atención la tendencia general al “paso al acto” y a la acción desorganizada, la búsqueda de la excitación y la repetición y la necesidad de abandonarse a actividades físicas poco complejas.

Observamos que esto ocurría especialmente ante situaciones potencialmente angustiantes como la tardanza o ausencia de algún miembro, durante los periodos de reflexión especialmente si el contenido había derivado en temas profundos como la muerte o pérdida de algún ser querido o durante la terminación del grupo.

Si consideramos el paso a la acción como una dificultad en el proceso del pensamiento/mentalización de estas situaciones generadoras de ansiedades de pérdida y de abandono difíciles de gestionar, podemos entonces entender esta tendencia a la acción como una actitud defensiva de huida para mitigar esa angustia. (1)

Partiendo de esta base estos comportamientos fueron señalados y explicados facilitando el entendimiento por

parte de cada sujeto de su acción. Observamos entonces que el mero señalamiento de la causa de la agitación a menudo actuaba como calmante y organizador.

Tampoco hay que obviar que en otras ocasiones los tiempos de espera de los miembros del grupo son distintos y mientras unos tolera una conversación de varios minutos otros miembros demandan el cambio y manifiestan su aburrimiento a través del “portarse mal”. Estas acciones son interpretadas entonces como peticiones de cambio y atendidas. Estas conductas eran más evidentes en Iván y Susana los cuales incluso se afiliaban en determinadas circunstancias buscando este estado de excitación, “boicoteando” el periodo de reflexión y solicitando jugar. En este sentido fue muy importante atender y mantener una evaluación continua de su capacidad de trabajo para poder adecuar la sesión en función del mismo.

Iván al inicio del grupo es el que muestra más dificultades para mantener el ritmo que demandan las actividades grupales, lo que le lleva con frecuencia a enfascarse en actividades físicas sin aparente finalidad para gran irritación de sus compañeros que lo definieron como “hacer tonterías”. Durante los periodos de reflexión utiliza mucho el cuerpo para expresarse allí donde las palabras no le llegan. Esta tendencia a la expresión a través del cuerpo, indicativo de una falla en el pensamiento fue lo que junto con la manifestación de angustias depresivas y de separación ante las pérdidas y su dependencia hacia un objeto transicional físico, manifestadas en su demanda continua del material de las sesiones me remite a pensar en “las patologías límites” descritas en las clasificaciones francesas de los trastornos mentales. (3)

Dado que el grado de estructuración (5) requerida en un grupo puede ser utilizado como un indicativo de el grado de madurez y de patología del mismo, pues a menos edad, más patología o más inmadurez más estructura será requerida a lo largo del transcurso del mismo, nos fuimos dando cuenta de nuestra necesidad continua de reestructuración en función de los elementos que identificamos como más frágiles del grupo; Iván y Susana.

Por este motivo decidimos pasar de sentarnos en el suelo a sentarnos en una silla (la libertad de movimiento que estar en el suelo le propiciaba a Iván le hacía imposible estar quieto mientras hablaba), readaptamos actitudes lúdicas estructurándolas en juegos de reglas más claras y definidas por su dificultad para ponerse de acuerdo durante la ejecución de la misma, ajustamos el tiempo de duración de las actividades, teniendo que en cuenta

las capacidades de espera, ajustamos la dificultad a su capacidad de ejecución especialmente ante la limitación cognitiva de Susana ...etc.

Hemos tenido también la oportunidad de observar los cambios en el comportamiento del paciente en función de la atmosfera grupal en la que se encuentra. (5) Los distintos miembros del grupo pueden crear con su interacción ambientes distintos a los generados en una relación dual durante la consulta individual. En nuestro primer grupo mal balanceado por un error técnico, con un predominio de varones agresivos que peleaban con frecuencia, se creó un clima hostil, que llevo al repliegue a los miembros del grupo más temerosos como Natalia, la cual durante el desarrollo del primer grupo mostró una actitud muy inhibida negándose a participar en muchas de las actividades propuestas, permaneciendo junto a mí o junto a la enfermera manteniendo una relación distante con los miembros masculinos del grupo.

Iván sin embargo reaccionó ofreciéndose con actos de sumisión al líder más agresivo llamando su atención con provocaciones, permitiendo que le golpearan y ofreciéndose para que lo sometieran. La salida de estos miembros del grupo provocó en él sentimientos de nostalgia y alivio en todos los demás.

Tras generar una atmósfera más segura, en el segundo grupo, el cambio fue muy llamativo, volviéndose el grupo más tranquilo y productivo. Natalia comenzó a participar de todas las actividades incluso llegando al final del segundo grupo a adquirir un rol más activo, expresando sus ideas e incluso rivalizando con Rubén, por el liderazgo.

Consideraciones particulares sobre cada uno de los miembros del grupo

La presencia de Iván en el grupo nos permitió aprender más no solo sobre su patología sino también sobre su carácter y sus motivaciones.

Iván se muestra muy sensible a la atención de los demás y con frecuencia busca la atención del otro con conductas poco apropiadas y provocativas. Durante el primer grupo su provocación se centró en el miembro del grupo más disruptivo, que se imponía como líder, como ya hemos referido anteriormente. Tras la provocación y la consiguiente respuesta agresiva por parte del mismo la reacción de Iván era de sometimiento, en algunos casos, si la situación se tornaba en exceso violenta acudía a mí con quejas de haber sido agredido, en otras ocasiones narraba durante el tiempo de reflexión como en el cole-

gio le “pegaban” (7), esta situación se repitió en el grupo actual con Rubén el cual ejercía mayor autocontrol en sus respuestas y rara vez le correspondía como Iván esperaba. Esta falta de respuesta, junto con el señalamiento de su provocación previa produjo una disminución de estas conductas en el grupo. Durante las consultas de seguimiento la madre refirió que había podido observar como estas “provocaciones” se daban en otros ámbitos, como en el parque, con el tiempo Iván admitió que también ocurría en el colegio.

Tras múltiples intervenciones observamos una mayor conciencia de su conducta y menos dificultades para regular su grado de actividad.

Iván trataba de esforzarse para recibir la aprobación del grupo. Escuchaba con mayor impacto las críticas de sus compañeros que cualquier señalamiento por mi parte. Con el tiempo, el trato hacia él por parte de los otros miembros del grupo se fue transformando en una suerte de condescendencia hacia sus limitaciones. Trataban de ayudarlo para poder jugar anticipando ya cual iba a ser su problema.

Ya hemos mencionado el paso de la inhibición a la participación de Natalia y sus motivos. Cabe aquí mencionar otros matices que la experiencia grupal aportó al diagnóstico y tratamiento de su patología.

En el segundo grupo observamos una tendencia a agruparse con el otro miembro femenino del grupo y a tratar de una forma desmedidamente hostil a Rubén. Tras consultarlo con la madre esta nos permitió ahondar más en su vida familiar y social, al parecer la separación de los padres se produjo por la conducta violenta del padre, con problemas de alcohol y juego patológico, hacia la madre en domicilio. Natalia narra situaciones presenciadas de alto contenido violento en domicilio lo que nos permitió comprender mejor su inhibición ante la violencia y hacia el sexo masculino con la que la asocia. Por otro lado su temor a la crítica y sus reacciones desmedidas en forma de rabieta agresiva se asociaban con frecuencia ante situaciones donde se siente perseguida, tratada injustamente o herida en su narcisismo, esto junto con las reacciones defensivas de superioridad de Natalia con respecto a su prima a la que corrige al hablar o sobre Rubén al que menosprecia con frecuencia parecen intentos de compensar una identidad frágil y vulnerable indicativo de una posible falla narcisística en su identidad propia también de una estructura límite. Este diagnóstico, como ya hemos mencionado con Iván, no es fácilmente asimilable a las

clasificaciones clínicas actuales pero si me han permitido una comprensión más profunda del funcionamiento de los pacientes. (3)

Los problemas de aislamiento y tendencia al juego en solitario no se pusieron de manifiesto en Susana, durante el grupo donde participaba encantada en la mayoría de los juegos. Ocasionalmente mostraba su rigidez durante la elección de los mismos si el grupo se decantaba por alguno que ella no había sugerido pero fácilmente cambiaba de opinión ante el agrupamiento del resto de miembros. Se convirtió en el apoyo inseparable de Natalia, pues esta la buscaba como pareja cuando el juego así lo requería. A su vez ella se alineaba con Iván en busca de un ambiente de juego más distendido e irreflexivo.

Durante un tiempo precisó de la suspensión del tratamiento psicoestimulante por graves tics complejos. Permittiéndonos observar durante las sesiones grupales coincidentes las diferencias en la actitud y el comportamiento de Susana con y sin tratamiento farmacológico.

Rubén se erigió como el menos sintomático de los miembros del grupo, aportando gran estructuración al grupo, mostrando su lado más reflexivo y tolerante. Puntualmente se mostraba más excitado y agitado especialmente en las actividades que implicaban movimiento o en alguna sesión donde faltaba alguna chica y entonces el ambiente se volvía inevitablemente más competitivo con Iván. Desarrolló también una relación de rivalidad con Natalia, compitiendo por los “papeles” más difíciles durante las representaciones de cuentos. El espacio grupal le permitió ser para variar un miembro destacado del grupo, cuyas opiniones eran respetadas y donde se sintió valioso.

SOBRE UN ESTADIO MÁS EVOLUCIONADO

Como grupo, a medida que transcurren las sesiones observamos:

1. Un aumento del intercambio verbal entre ellos y de colaboración.
2. Comienzan a ponerse de acuerdo entre ellos sin la necesidad de una intervención por nuestra parte.
3. Para llevar a cabo una tarea asumida por todos los miembros del grupo elegirán a su líder de acuerdo con sus capacidades reales para llevarla a cabo. Lo que refleja una mayor capacidad de introspección.
4. El tiempo de reflexión se alarga considerable-

mente en algunas sesiones muy productivas, reduciéndose la necesidad de llevar a cabo actividades lúdicas incesantes.

LA UTILIDAD DEL VIDEO

La visualización del video permite a Natalia tomar contacto con su tendencia a la inhibición inicial al observarse ausente en el encuadre de las primeras sesiones “¿Dónde estaba yo?”. Iván se muestra muy avergonzado al observar sus actuaciones, llegando en su afán de proyectar sus deficiencias fuera de sí a negarse a reconocer su propia voz. (2)

SEGUIMIENTO

El grupo se cerró hace ya más de un año. Iván como era de prever fue quien más lo echa en falta y quien más recuerdo tiene.(7) Durante varias sesiones individuales posteriores continuaba preguntándome por los otros miembros y buscando razones par volver “¿si me porto mal puedo ir al grupo?”.

Durante el tiempo en el cual las sesiones individuales y grupales coincidieron, resultó de gran utilidad la utilización del material grupal para tratar situaciones familiares y/o escolares en consulta. Del mismo modo las consultas individuales continuaron aportando nueva información, que permitió comprender mejor las actuaciones grupales.

Aun ahora, después de tanto tiempo el material grupal enriquece la consulta individual con el recuerdo de lo allí vivido.

En la actualidad todos los miembros del grupo continúan en seguimiento en consulta individual.

Natalia ya no precisa tratamiento farmacológico, está muy centrada en su labor académica donde obtiene muy buenos resultados lo que le ayuda asentirse menos insegura y con menos necesidad de menospreciar y corregir a los demás. En consulta se muestra más resuelta y menos temerosa. Aún presenta ocasionalmente episodios de enfado inscritos en situación de frustraciones muy concretas.

Rubén ha presentado episodios de desadaptación social escolar muy influenciados con el ambiente de rivalidad de su clase sin embargo ha mejorado ostensiblemente a nivel académico. Las quejas debidas a su comportamiento han disminuido.

Tras aumentar la contención del medio (7) de Iván e

incluirlo en la vida de la unidad con sesiones individuales frecuentes y posteriormente grupales, cedieron las rabietas graves. A nivel académico, se añadió al tratamiento psicoestimulantes a dosis bajas para facilitarle las tareas pues aun no ha despertado su interés por aprender. Ya no realiza travesuras escolares. A nivel social persiste dificultad para adaptarse, su vivencia actual es que los demás “no quieren jugar conmigo” pero al menos ya no “le pegan”.

Susana fue derivada a un colegio de educación especial debido a su dificultad para seguir el ritmo en la escuela normalizada, ahora está muy contenta, trabajadora, colaboradora y sociable.

DISCUSIÓN

Tras esta experiencia, me gustaría resaltar como La terapia Grupal contribuye a añadir matices el diagnóstico inicial (6) ya que permite obtener información directa de la observación de la interacción del paciente con los otros miembros del grupo. Dado que el grupo propicia que afloren distintas dinámicas a las acontecidas en la consulta individual nos permite la observación de otras facetas de la personalidad del paciente como por ejemplo como hemos visto, su capacidad para comunicarse, para escuchar, para cooperar, para tolerar la rivalidad, la relación con otros niños y con el terapeuta, el tipo de rol que adopta preferentemente, su respuesta a las diferentes situaciones que se dan en el grupo... etc.

Por otro lado las dinámicas del grupo ofrecen otras oportunidades de intervención cualitativamente y temporalmente distintas así el grupo permite el empleo de otras técnicas terapéuticas como señalamientos, esclarecimientos e interpretaciones individuales y grupales de las conductas acontecidas y lo más importante, permite hacerlo en el momento en que estas están teniendo lugar.

La terapia grupal permite también un seguimiento más exhaustivo del proceso terapéutico pues aumenta la frecuencia de exposición terapeuta-pi. Refuerza el vínculo e incluso permite la monitorización del tratamiento farmacológico al observar al paciente en distintas franjas horarias.

Una vez finalizada la terapia grupal, el recuerdo de la experiencia grupal continúa aportando material para trabajar con el paciente durante las consultas individuales sucesivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abella, A. Los trastornos del comportamiento, entre el pensamiento y la acción. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. 2007; 43/44, 47/70.
2. Boulanger, M and langevin, C. Direct observation of play-Group Therapy for social skills deficits. Journal of child and adolescent group therapy. Vol 2, n 4, 1992.
3. Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA-r-2000) editorial Polemos. Buenos aires. 2004.
4. Garaigordobil Landazabal, M Juegos cooperativos y creativos para niños de 6 a 8 años. Ediciones pirámide. Madrid. 2005.
5. Glasserman, R y Sirlin, E. Psicoterapia de grupo en niños. Ediciones nueva visión. Buenos aires. 1984
6. Lomonaco, S, Scheidlinger, S and Aronson, S. Five decades of children's group treatment, an overview. Journal of child and adolescent group therapy. Vol 10, n 2, 2000.
7. Reid, S and kolvin, I. Group psychotherapy for children and adolescents. Archives of disease in childhood.69: 244-250. 1993.
8. Schaefer, C y o'Connor, K. Manual de terapia de juego. Manual moderno. México. 1988.
9. Sharon, R. Children's Therapy Groups: Case studies of prevention, reparation and protection through children's play. Journal of child and adolescent group therapy. Vol 4, n 1, 1994.
10. Vidal, I, Vera, I, Escudero, C. Una experiencia de terapia de grupo con niños en edad de latencia. Revista de la asociación española de neuropsiquiatría. 33(118)343-352. 2013.

*Sempere J; **Fuenzalida C

* Psiquiatra. Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante. Presidente de la Asociación Salud Mental y director médico del Centre de Teràpia Interfamiliar –CTI- de Elche, Alicante

** Psicólogo. Coordinador clínico del hospital de día de CTI y la Asociación Salud Mental de Elche.

Correspondencia:

bsaselx@hotmail.com

fuenzalida.cl@gmail.com

Agradecimientos:

A todos los profesionales y familias que confiaron en el modelo e hicieron posible la difusión de la terapia interfamiliar en nuestro su entorno.

*¿Es posible la atención
psicoterapéutica para todos en
las instituciones públicas de
Salud Mental Infanto-Juvenil?
Experiencia a través de grupos
multifamiliares en el Área de
Salud Mental Infanto-Juvenil de
Orihuela (Alicante, España).*

*Is It Possible a Psychotherapy
Treatment for Everybody in Child
and Adolescent Public Mental
Health? Our Experience through
Multifamily Therapy in a Child
and Adolescent Public Institution
in Orihuela (Alicante, Spain).*

RESUMEN

Cada vez son más los profesionales en el campo de la salud mental-juvenil que descubren que la atención individual al niño o adolescente con problemas psíquicos, emocionales y conductuales es claramente insuficiente por lo que tratan de intervenir sobre las dinámicas familiares subyacentes para favorecer el cambio. De la misma manera las experiencias de terapia grupal se extienden en los centros de salud mental infanto-juvenil como alternativa al abordaje individual tras comprobarse que la inclusión simultánea de varios individuos en un mismo contexto terapéutico redundaba en una mayor potencia terapéutica así como en economía de medios. Partiendo de ambos modelos de intervención terapéutica - familiar y grupal- un grupo de profesionales de la provincia de Alicante tratamos de fusionarlos como forma lógica de

vertebrar nuestras actividades en salud mental infanto-juvenil, a través de lo que se ha dado en llamar terapia multifamiliar en un enfoque interfamiliar. Se analiza el modelo de terapia elegido y la experiencia en el Área de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela (Alicante) y se discute su potencial para poder convertirse en modelo de referencia en las instituciones.

Palabras clave: Terapia multifamiliar, psicoanálisis multifamiliar, grupos multifamiliares, psicoterapia en instituciones, familia y grupo.

ABSTRACT

Nowadays more and more professionals of mental health area are becoming aware that individual treatment for children and adolescents with psychological, emotional or behavioral problems is obviously not enough

and this is why they are starting to intervene in the underlying family dynamics in order to promote change. In the same way, group therapy experiences are spreading among child and adolescent mental health centers as an alternative to individual approach, after verifying that working simultaneously in the same therapeutic space with several people has a greater therapeutic power and turns up to show a better utilization of resources. Having as a point of start both therapeutic models – group and family therapy – a group of professionals working in the province of Alicante has decided to combined these two models into what is known as multifamily therapy in a interfamily approach, a model that has become the backbone of child and adolescent mental health activities in the institution. Here this model is analyzed as well as the experience inside the Child and Adolescent Mental Health Area of Orihuela (Alicante). Finally, the potentiality of becoming a reference model for other institutions is discussed.

Key words: Multifamily therapy, multifamily psychoanalysis, multifamily groups, psychotherapy in institutions, family and group.

INTRODUCCIÓN

El modelo de terapia multifamiliar que aplicamos y que denominamos “interfamiliar” es el modelo de intervención terapéutica en contexto multifamiliar que resulta de la confluencia lógica de la terapia familiar y de la terapia grupal, potenciando los principios terapéuticos de ambas. Surge desde el interés de un foro de profesionales de la provincia de Alicante interesados en encontrar un modelo de terapia más humano y social que pudiera ser aplicado en cualquier institución relacionada con la atención a los problemas humanos. Se inspira fundamentalmente en el psicoanálisis multifamiliar gestado por García Badaracco en Argentina, pero integrando las aportaciones de otros modelos psicoterapéuticos (sistémicos, cognitivistas, gestálticos, humanistas...) simplificando sus nociones teóricas y las técnicas de intervención para constituirse en un modelo ecléctico e integrador¹.

ANÁLISIS DEL MODELO DE TERAPIA INTERFAMILIAR

1. Bases teóricas.

La terapia interfamiliar encuentra su inspiración fundamental en el modelo de psicoanálisis multifamiliar descrito por Jorge García Badaracco², quien amplió el foco

del tratamiento psicoanalítico a todo el sistema familiar a través de un contexto terapéutico que incluía simultáneamente a varias familias y profesionales. El contexto abierto y espontáneo de los grupos multifamiliares rompió con los encuadres psicoanalíticos tradicionales y supuso una revolución respecto a los modelos imperantes en su época al universalizar y democratizar la psicoterapia y hacerla accesible a todos. Aunque García Badaracco siempre se definió como psicoanalista, su modo de trabajo integró todos los recursos técnicos, profesionales y humanos al alcance del paciente, por lo que podemos considerarlo un terapeuta ecléctico que promovió un modelo terapéutico integrador.

Otros autores trabajaron en contextos de terapia multifamiliar aunque con técnicas y fines terapéuticos diferentes: se considera a Henri Laqueur como el fundador de la terapia multifamiliar, pues en los inicios de la década de los cincuenta reunió a varias familias con el fin de mejorar la comunicación entre familiares y pacientes hospitalizados³. Se han documentado otras experiencias de autores como Bowen⁴ y Asen⁵ en base a distintos enfoques de terapia familiar y de McFarlane⁶, siguiendo un enfoque asertivo-psicoeducativo.

El foro de Elche redefinió los fundamentos teóricos del psicoanálisis multifamiliar con un vocabulario más sencillo y universal, profundizando aún más en la integración de diversos modelos terapéuticos y tomando la teoría del vínculo propuesta por Bolwy⁷ como uno de los puntos de partida teóricos. Prefirió denominar al modelo como “interfamiliar” por considerar que su contexto abierto, espontáneo y aglutinador de múltiples aportes teóricos representa una nueva metapsicología que va más allá del psicoanálisis o de cualquier otra escuela y prefirió además anteponer el término “interfamiliar” al de “multifamiliar” por entender que lo trascendente en este modelo no es tanto la participación simultánea de un número de familias (multi) como la interacción y elaboración común entre ellas (inter).

Los pilares teóricos de la terapia interfamiliar conectan con los aportes de numerosos autores y líneas de abordaje terapéutico que conciben la enfermedad mental como una patología vincular. Su principio básico general es que la enfermedad mental aparece como consecuencia de relaciones nocivas o alienadoras que implican a dos o más personas. Las expresiones clínicas en cada persona son determinadas por elementos particulares de cada relación insana, tal y como son:

1. El parentesco entre los participantes en la relación.
2. Las características del vínculo patógeno y del modelo comunicacional familiar.
3. La etapa vital en la que incide y su sostenimiento en el tiempo, de manera que vínculos patógenos en la crianza pueden originar una deficiente individuación y autonomía, mientras que en edades posteriores pueden inducir a estancamientos y crisis evolutivas.
4. La historia transgeneracional de los participantes en la relación.
5. La concurrencia de múltiples y particulares circunstancias biológicas y socioculturales.

Detrás de una idea tan básica como ésta se integra la complejidad de los fenómenos relacionales descritos desde diferentes posturas epistemológicas. A continuación señalamos algunos de estos nexos teóricos:

- La “teoría del vínculo”, correlaciona la génesis de la enfermedad mental con la calidad del vínculo parento-filial⁷. De forma similar, Miller⁸ y Ferenzcy⁹ relacionan la aparición de la patología mental con el trato no respetuoso hacia el niño; Linares menciona el “desamor” en forma de maltrato psicológico o físico como el fundamento de la psicopatología¹⁰; Maturana, en su teoría de la “biología del amor”¹¹ y Balint, en su teoría de los “defectos básicos”¹², inciden asimismo en la idea de que la enfermedad mental aparece como respuesta a la “falta de amor”.
- García Badaracco refiere que el enfermo mental vive “habitado por otros y manejado por otros por la necesidad de ser aceptado y querido por los otros significativos, en particular por los padres, e imposibilitado para desarrollar su propio sí mismo”². Esta idea de ser “habitado” por múltiples “personajes” guarda a su vez paralelismo con el pensamiento de Lacan, quien señala que el “yo” es la suma de las distintas identificaciones del sujeto a lo largo de la vida, de manera que nos empeñamos en ser lo que no somos en función de los demás y construimos “personajes” en un deseo de complacer el deseo del otro¹³; Sullivan se refiere al sistema del yo como representaciones reflejas de otros y destaca la especial sensibilidad del niño para captar el estado de ánimo de las personas de su entorno en lo que definió como “nexo empático”¹⁴; y Jung utiliza el término “persona” o “máscara” para definir la necesidad de dar una “buena impresión” y satisfacer los roles que la sociedad nos exige alejándonos del sí-mismo¹⁵.
- Múltiples autores han analizado determinados modelos de relación como promotoras de patología. Sigmund Freud, mentor del psicoanálisis, señala una determinada dinámica familiar como la causante de los síntomas del pequeño Hans¹⁶; Levy describe el “poder patógeno de la sobreprotección”¹⁷; Frieda Fromm-Reichmann acuña el término de “madre esquizofrenógena”¹⁸; Mahler analiza la “relación simbiótica” entre madre e hijo¹⁹; Klein metaforiza las frustraciones en la relación madre-niño en la figura del “pecho malo”²⁰; y Winnicott define “la madre no suficientemente buena” como aquella incapaz de promover la “espontaneidad” del niño²¹. Los términos “espontaneidad” y “verdadero yo” (o su equivalente “yo-mismo”) aparecen repetidamente en la obra de García Badaracco, quien se refiere al paciente mental grave como “aquel que no ha podido crecer y estructurarse sobre la base de la espontaneidad y que no ha podido desarrollar su sí mismo al no haber sido reconocido por sus padres en sus manifestaciones más auténticas”²². Muy cercano resulta el pensamiento de Kohut, quien hace referencia al “sí-mismo” como estructura estable que emerge de un estado infantil frágil y fragmentado en cuyo desarrollo es trascendental la empatía por parte de los demás²³.
- Diferentes escuelas de terapia familiar formulan hipótesis que nos conectan con el concepto badaraciano de “interdependencias patógenas” (al que también se refiere como “la presencia de los otros en nosotros”). Ackerman señala la dificultad de individuación y crecimiento personal en los enfermos mentales como resultado del “entrometimiento” patológico entre los miembros de la familia (García Badaracco, 2000); Boszormeny-Nagy y Spark introducen el concepto de “lealtades invisibles” en la familia, consistentes en expectativas estructurales a las que sus miembros se deben²⁴; Bowen⁴ denomina “triangulación” a la inadecuada diferenciación de los miembros que puede llevar a una pareja marital a incluir a terceras personas como forma de estabilizar sus tensiones;

Haley describe el “triángulo perverso”²⁵; Selvini los “juegos relacionales” en la familia en los que queda atrapado el enfermo mental²⁶; Minuchin señala el “entrometimiento” o su opuesto, el “desentendimiento”, como generadores de patología mental en familias disfuncionales²⁷; los modelos de terapia familiar existencial representados por Whitaker y Bumberry plantean que tras la enfermedad mental subyace una falta de individuación y estimulación de la creatividad de los miembros de la familia²⁸; Boscolo²⁹ presenta al enfermo mental como alguien que ayuda a resolver el problema familiar a través del síntoma; Jackson³⁰ señala como la rígida homeostasis en ciertas familias impide su adaptación a los ciclos vitales; y Satir³¹ como los roles de los miembros de la familia pueden permitir funcionar a la familia pero pueden acabar ahogando la capacidad de cada miembro para desarrollar su auténtico yo.

- Entre los estilos de comunicación familiar descritos en estas dinámicas relacionales destaca la “teoría del doble vínculo” y los fenómenos de “desconfirmación” formulados por la Escuela de Palo Alto, que define un particular modelo de comunicación como factor necesario pero no suficiente en la génesis de la psicosis³². También Searles³³ y Laing³⁴ relacionaron determinados tipos de comunicación familiar que distorsionan la realidad afectiva y pragmática con la aparición de la esquizofrenia.
- La palabra “alienación” define mejor que ninguna otra los efectos patógenos que los otros pueden causar en nosotros a través de relaciones enfermas. Según el diccionario de la RAE “alienar” significa “quitar o causar la pérdida de la personalidad, la identidad o las ideas propias de una persona o de un colectivo o alterar la razón y los sentidos temporal o permanentemente”³⁵. Este concepto conecta con el concepto de “objeto enloquecedor” de García Badaracco² así como con el “síndrome de alienación parental” descrito por Gardner en procesos de separación conyugal³⁶ y con la “instigación” que Selvini definió en los procesos de comunicación ambivalentes entre padres e hijos de familias psicóticas²⁶. Conecta asimismo con los fenómenos de “mobbing” y “bullying” referidos a procesos alienadores en el medio laboral y escolar, respectivamente.

¿Es posible la atención psicoterapéutica para todos en las instituciones públicas de Salud Mental Infanto-Juvenil? Experiencia a través de grupos multifamiliares en el Área de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela (Alicante, España)

2. Contexto terapéutico.

La terapia interfamiliar se desarrolla en un contexto que aúna dos encuadres de intervención terapéutica -el familiar y el grupal- a la vez que posibilita la acción simultánea de varios profesionales. La conjunción de todo ello aporta:

- El enriquecimiento de la coterapia por la rica interacción entre familias y profesionales participantes. Se trata de grupos sociales en los que se diluyen las etiquetas y donde son revisados y elaborados terapéuticamente los vínculos entre los participantes y su entorno familiar y social.
- El intercambio profesional simultáneo al desarrollo de la tarea grupal, constituyéndose en un verdadero “equipo reflexivo” tal y como fue descrito por Andersen³⁷. Desaparecen los espejos unidireccionales y las figuras de observadores para encontrarnos con un espacio de intercambio terapéutico transparente y sin barreras entre profesionales, pacientes y familiares, donde ya no se hace terapia “a” la familia” sino “con” la familia.
- El espacio terapéutico es un microcosmos en el que tienen cabida todas las posibilidades humanas: diferentes generaciones, rangos de edad, diagnósticos y especialistas. Por ello el encuadre multifamiliar guarda paralelismo con contextos terapéuticos socio-comunitarios, tales como el diálogo abierto (open dialogue), el cual al igual que la terapia interfamiliar, propone que el conjunto de intervenciones terapéuticas se realice en un contexto social abierto³⁸.

3. Técnicas de intervención.

El grupo interfamiliar da cabida a cualquier técnica de intervención terapéutica integrada en la matriz del trabajo grupal³⁹ que facilita los procesos de identificación entre los diferentes participantes a nivel individual a la vez que entre las distintas familias y sus dinámicas familiares. De hecho, los conductores del grupo recurren a múltiples modelos de intervención no siendo necesario abrazar una escuela concreta puesto que es mucho más operante trabajar creativamente cada situación particular. García Badaraco denominó “multiterapia” o “mente ampliada” al complejo proceso que se produce en el grupo donde participan varias familias² dada la intervención de tantos agentes terapéuticos a la vez y su poder de ser

integrados. El espacio grupal interfamiliar se convierte así en el único donde es posible la elaboración grupal simultánea tanto de los vínculos familiares como de los sociales. Su capacidad terapéutica se enriquece en función del número de familias participantes y de conductores y co-conductores hábiles en la gestión de los procesos que se producen en el seno del grupo.

El trabajo terapéutico busca la expresión de cada uno de los miembros, tratando de dar voz a todos ellos y descubriendo las relaciones nocivas o insanas a las que los participantes pudieran estar sometidos y liberarlas así de ellas. Con este fin, el conductor del grupo multifamiliar promueve el diálogo dentro de un clima de confianza grupal en el que cada participante consiga expresarse por sí mismo y desde sí mismo sin sentirse juzgado. En este punto, coincidimos con la propuesta del “Open Dialogue” consistente en promover “un diálogo polifónico que dé voz a todos los miembros y en el que no se prejuzgue”³⁸.

Entendemos además que “cualquier cambio psíquico debe pasar por la emoción antes de ser mentalizado”², en lo que se dado en llamar “experiencia emocional correctiva”⁴⁰ dentro de un encuentro terapéutico fundamentado en el interés genuino por conocer a la persona en su contexto familiar y social más allá de su estatus como paciente. Ello nos acerca a las corrientes humanistas y existencialistas en psicoterapia que bajo el lema de la “terapia centrada en la persona”⁴¹ sostienen que la potencialidad de cambio está en el paciente y que la “relación” es la cosa más importante que el terapeuta puede ofrecerle^{42,43,44,45}. El fin último de la terapia es conducir al paciente hacia la salud mental, entendida ésta como la capacidad para vivir de acuerdo con su naturaleza genuina, libre del control y sometimiento a los otros y orgulloso de su sí mismo en el contexto social.

La flexibilidad del encuadre posibilita que los conductores incluyan actividades diferentes dentro de los grupos con la intención de promover nuevas dinámicas de interacción. Son ejemplos de ello el análisis conjunto dentro del grupo de material audiovisual (grabaciones de sesiones grupales anteriores o extractos de películas de ficción), el uso de técnicas de psicodrama o fraccionar el grupo en subgrupos durante una parte del tiempo grupal (por ejemplo, en grupos multifamiliares en los que concurren niños o adolescentes).

¿Es posible la atención psicoterapéutica para todos en las instituciones públicas de Salud Mental Infanto-Juvenil? Experiencia a través de grupos multifamiliares en el Área de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela (Alicante, España)

EXPERIENCIAS EN TERAPIA INTERFAMILIAR EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ORIHUELA (ALICANTE).

El área de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela es la unidad de referencia para los menores de 18 años que solicitan atención psicológica o psiquiátrica de una amplia zona del sur de la provincia de Alicante, con una población total de más de 300.000 habitantes. Se trata de una población heterogénea dado que abarca tanto zonas rurales como urbanas, con diversificación de culturas derivada de una alta tasa de emigrantes de baja renta dedicados especialmente a la agricultura y servicios así como emigrantes de países centro y norte de Europa que eligen la zona como segunda o nueva residencia por la presencia de importantes núcleos turísticos.

Los dispositivos de atención en salud mental infanto-juvenil han ido creciendo en los últimos años, contando en la actualidad con una unidad ambulatoria (USMI) y una unidad de ingreso psiquiátrico con ocho plazas que funciona como unidad de referencia para toda la provincia de Alicante. La dotación de profesionales del área para estos dispositivos comprende tres psiquiatras y una psicóloga a tiempo completo, además del equipo de enfermería de la planta. Pese a la escasa dotación del equipo profesional, este se propone una atención que comprenda cuatro puntos fundamentales:

- a) Una atención frecuente, regular y continuada a los pacientes.
- b) La implicación de la familia en el tratamiento.
- c) El abordaje psicoterapéutico integrado que incluya la intervención terapéutica en los tres planos fundamentales del paciente: individual, familiar y grupal.
- d) La coordinación con otros recursos implicados (centros educativos, servicios sociales...).

Para poder llevar a cabo tan ambicioso plan, y pese a partir de un modelo previo basado en las intervenciones individuales, el equipo profesional inicia un lenta y progresiva “revolución” que supone una reorganización del servicio⁴⁶ en torno a un enfoque grupal. El modelo elegido de intervención es la terapia grupal multifamiliar en su forma “interfamiliar”, que se convierte en el eje cen-

tral en torno al cual giran el resto de actividades que se llevan a cabo en todos nuestros dispositivos. La elección de este modelo no sólo tiene que ver con su economía de medios -por dar cabida a la demanda- sino -especialmente- con la potenciación terapéutica que el modelo aporta a nuestras intervenciones. La aplicación de la terapia grupal multifamiliar en su modelo interfamiliar es complementaria a cualquier otro tipo de intervención terapéutica simultánea, de manera que su implantación en el área no ha ido en menoscabo de que sigan ofreciéndose espacios individualizados de terapia a los pacientes y a sus familias.

1. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI, atención ambulatoria):

1.a. Terapia grupal semanal abierta a todas las familias.

En el año 2005 se introdujo el primer grupo de terapia grupal multifamiliar que se mantiene hasta ahora. Se trata de un grupo abierto de periodicidad semanal y dos horas de duración que se ofrece a todos los pacientes atendidos en las consultas de psicología y psiquiatría infanto-juvenil y a sus familias. El grupo funciona como un espacio de contención clínica y de elaboración de conflictos familiares, poniendo especial énfasis en la comprensión de las conductas de los niños y los adolescentes. Su puesta en marcha significó una importante descarga de las agendas profesionales y la posibilidad de ofrecer una atención regular y frecuente a los pacientes más graves y a sus familias. El grupo tiene dos horas de duración, todos los miércoles de 15.30 a 17.30 horas. El éxito de este espacio alentó la puesta en marcha del resto de actividades grupales multifamiliares que existen en el área y que se detallan a continuación.

1.b. Terapia grupal quincenal para niños con trastorno mental grave y sus familias.

Un año después de iniciar el primer grupo multifamiliar se valoró la necesidad de ofrecer un nuevo recurso para un subgrupo específico de pacientes y familias de características concretas que requerían una intervención supletoria a la intervención individual o grupal multifamiliar semanal a la que ya tenían acceso⁴⁷. Se trata de niños preadolescentes con trastorno mental grave -especialmente psicosis infantil y trastornos conductuales graves de diversos orígenes- que deriva en escasas habilidades sociales y graves problemas para su adaptación

sociofamiliar y que por tanto se encuentran en un momento crítico de su evolución, en el que es fundamental apuntalar sus recursos personales ante la entrada en la adolescencia.

Fue así como ideamos crear un grupo terapéutico dedicado a estos niños, en el que promover la interacción entre ellos a través de técnicas terapéuticas específicas como son las actividades de juego en grupo, espacios de resolución de conflictos, cortos espacios de grupo a través de la palabra y salidas supervisadas fuera del recinto hospitalario. Simultáneamente se proyectó un espacio de terapia grupal para sus padres y otros familiares en el que atender sus demandas, contener su frustración y a la vez actuar sobre las dinámicas familiares subyacentes al trastorno, con especial hincapié en las problemáticas conyugales y/o parentales que pudieran estar implicadas.

Estas sesiones se inician como un grupo multifamiliar breve -de una duración de alrededor de treinta minutos- en el que están presentes tanto los niños como sus familiares. En este primer grupo se comparten las situaciones más emergentes vividas en los días previos a la sesión y cualquier información relevante que pudiera ser utilizada en los espacios subsiguientes, ya que posteriormente los niños pasan a un espacio de terapia propio conducido por dos psiquiatras, mientras que los familiares siguen un grupo paralelo conducido por la psicóloga. Al final de la sesión vuelven a unirse ambos grupos en otro grupo multifamiliar de unos quince minutos de duración en el que se comparte las experiencias del grupo de niños con sus familiares y en el que se realiza un cierre conjunto de la sesión. El tiempo total de la intervención es dos horas, en miércoles alternos de 12.30 a 14.30 horas.

1.c. Terapia grupal quincenal para adolescentes con trastorno mental grave y sus familias.

Funciona de forma similar al anterior, solo que en este caso está dirigido a una franja de edad de adolescentes entre 12 y 17 años afectados de trastornos mentales graves. Se decide crear un grupo diferenciado por los intereses de juego o interacción comunicacional del adolescente respecto al preadolescente. Aunque se mantienen los espacios previos (grupo multifamiliar inicial seguido de grupos paralelos de adolescentes y padres y un posterior cierre en grupo multifamiliar), existe una mayor flexibilidad en relación a los tiempos en función de las situaciones que emergen en cada espacio hasta el punto de que en ocasiones todo el tiempo grupal llega a realizarse en

contexto multifamiliar. Al igual que el caso anterior el tiempo total de la intervención es de dos horas, en miércoles alternos de 12.30 a 14.30 horas.

1.d. Grupos multifamiliares de acogida.

Un gran porcentaje de las acogidas o primeras visitas al centro se realizan en contextos grupales multifamiliares a los que son citados de diez a doce familias simultáneamente. Estos grupos son atendidos por dos psiquiatras del equipo. Los grupos son convocados en función de franjas de edad de los niños por los que se solicita consulta (niños menores de 7 años, de 8 a 12 años y mayores de 12 años). Al igual que en los casos de los grupos anteriores, el espacio grupal queda configurado en tres fases distribuidas a lo largo de dos horas de experiencia grupal:

- Una primera fase en la que todos juntos (niños o adolescentes y sus familiares) comparten el motivo por el que consultan, intercambian impresiones y espontáneamente realizan una anamnesis conjunta en las que surgen múltiples puntos de conexión entre los participantes.
- Una segunda fase en la que los niños pasan a un grupo paralelo en una sala contigua en la cual se observa la interacción entre ellos. Ello nos permite conocer sus capacidades relacionales, algo que no sería posible en una entrevista individual. Mientras tanto, los padres siguen en un grupo paralelo donde pueden ahondar en cuestiones de parentalidad y conyugalidad que pudieran subyacer al motivo de consulta.
- Una tercera fase en la que niños y padres vuelven a conformar un grupo multifamiliar donde se toman decisiones conjuntas acerca del seguimiento si procede del niño y su familia. Cada caso puede ser reevaluado a nivel individual o remitido a alguno de los otros grupos que hay en marcha en nuestro centro.

1.e. Grupos multifamiliares con pacientes que sufren primer episodio psicótico.

Se trata del último grupo multifamiliar en incorporarse a nuestra Unidad, si bien se trata de un recurso compartido con la Unidad de Salud Mental de Adultos. Personas de cualquier edad con primeros episodios psicóticos y sus familias se reúnen en un grupo multifamiliar de dos horas de duración y periodicidad quincenal conducido por dos

¿Es posible la atención psicoterapéutica para todos en las instituciones públicas de Salud Mental Infanto-Juvenil? Experiencia a través de grupos multifamiliares en el Área de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela (Alicante, España)

psiquiatras (uno adscrito a la sección de infantil y otro a la de adultos). Se intercambian experiencias, modelos de comunicación familiar, tipos de afrontamiento y dudas acerca del trastorno y su tratamiento. Paralelamente se realiza una coordinación con los profesionales que realizan el seguimiento individual de cada paciente en sus respectivos centros de salud mental.

2. En la Unidad de Ingreso Hospitalario Infanto-Juvenil.

En la unidad hospitalaria de ingreso psiquiátrico para niños y adolescentes del Hospital Vega Baja de Orihuela (una planta de ocho camas en la que también se llevan a cabo actividades de hospital de día) se realiza un grupo interfamiliar semanal de dos horas de duración con la participación de todos los pacientes ingresados así como de sus familias y de todos los profesionales de la unidad (psiquiatras y equipo de enfermería). Además, a diario se realiza una terapia grupal con los niños ingresados a la que con frecuencia se unen familiares, por lo cual podemos afirmar que también a diario se desarrolla una experiencia multifamiliar en la unidad. Junto a la intervención psicoterapéutica implícita a las sesiones, en estos grupos multifamiliares se dilucidan, entre otras cuestiones, las referidas al tratamiento, situaciones ocurridas en la convivencia con los otros niños o adolescentes y con los profesionales de la planta hospitalaria y se decide conjuntamente el alta de la unidad de ingreso.

DISCUSIÓN

La implantación de grupos de terapia interfamiliar en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela responde a la sensibilización de los profesionales adscritos por una atención psicoterapéutica accesible a todos los pacientes y sus familias. La utilización del enfoque multifamiliar en su modelo integrativo denominado “interfamiliar” como referente se justifica en:

1. Una base teórica comprensible.
2. La apertura del encuadre, capaz de integrar y hacer compatibles varios enfoques teóricos en psicoterapia.
3. La compatibilidad del modelo con el resto de actuaciones terapéuticas (terapias individuales, psicofarmacológicas, familiares y grupales) de las que pudiera beneficiarse el paciente.
4. La economía de medios que supone el encuadre

multifamiliar, donde varios pacientes y sus familias aúnan su tratamiento terapéutico en un mismo tiempo, espacio y con los mismos recursos profesionales.

5. La universalidad de su indicación, ya que se trata de un recurso terapéutico accesible a todos los pacientes, cualquiera que sea su diagnóstico, y a sus familiares.
6. La inclusión de todo el equipo profesional en la terapia y la vertebración del resto de actividades terapéuticas de la institución en torno a la experiencia multifamiliar.
7. Funciona como lugar privilegiado de formación y supervisión de profesionales, de forma que son numerosos los PIR, MIR y otros profesionales en formación que asisten de forma continuada a conocer en vivo la experiencia que llevamos a cabo en él área.

Para completar la discusión es necesario hacer referencia a puntos que siguen dificultando la aplicación del modelo en las instituciones del entorno, como la falta de estudios científicos acerca de su efectividad, eficacia y eficiencia y del impacto de su aplicación. Diversas investigaciones que algunos profesionales hemos iniciado podrían ofrecer próximamente datos al respecto.

CONCLUSIONES

En los últimos ocho años, el modelo de terapia interfamiliar inspirado en el psicoanálisis multifamiliar descrito por García Badaracco se ha implantando de forma progresiva en el Área de Salud mental Infanto-Juvenil de Orihuela, donde en la actualidad vertebramos las actividades terapéuticas tanto en dispositivos ambulatorios como de ingreso hospitalario. La rápida asimilación del modelo por parte de los profesionales y de las familias atendidas posiblemente tenga que ver con la potencia que el modelo ofrece para conjugar la terapia familiar, grupal y socio-comunitaria, la simplificación de sus bases teóricas, su capacidad para la integración de cualquier modelo teórico de terapia, el contexto abierto y espontáneo en el que se desarrolla, su potencia terapéutica y la optimización de recursos económicos y profesionales. Los numerosos grupos multifamiliares que se realizan en el área de salud mental infanto-juvenil de Orihuela la convierten en un centro eminentemente psicoterapéutico, donde todos los pacientes y sus familias tienen la posibilidad de acceder,

como mínimo, a una experiencia terapéutica semanal a través del grupo multifamiliar. Esta condición convierte el centro en lugar privilegiado para la formación y estudio de la terapia interfamiliar, por lo cual recibe de forma continua a profesionales interesados en su formación en este modelo. Es necesario, sin embargo, seguir revisando las bases teóricas y metodológicas de la terapia interfamiliar así como promover estudios científicos que valoren su eficacia de forma objetiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sempere J (2012): Nexos del modelo de psicoanálisis multifamiliar con otros enfoques terapéuticos. Consideraciones acerca de una nueva epistemología. Teoría y práctica grupoanalítica 2 (1): 11-20.
2. García Badaracco JE (2000). Psicoanálisis multifamiliar. Buenos Aires: Paidós.
3. Bertrando P; Toffanetti D (2004). Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas. Barcelona: Paidós.
4. Bowen M (1991). De la familia al individuo: diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. Barcelona: Paidós.
5. Asen E; Schuff H (2006). Psychosis and multiple family group therapy. Journal of Family Therapy 2006; 28: 58-72.
6. McFarlane WR; Dushay RA; Stastny P y cols (1996). A comparison of two levels of Family-aided Assertive Community Treatment. Psychiatric Services 1996; 47: 744-750.
7. Bolwy J (1986). Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. 5ª edición. Madrid: Morata.
8. Miller A (1998). El drama del niño dotado. Barcelona: Tusquets.
9. Ferenczy (1997). Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932. Buenos Aires: Amorrortu.
10. Linares JL (1996). Identidad y narrativa. Barcelona: Paidós.
11. Maturana (1996). La realidad: ¿objetiva o construida? Fundamentos biológicos de la realidad (1). Barcelona: Anthropos.
12. Balint M (1993). La falta básica. Barcelona: Paidós.
13. Lacan J (1998). Seminario 16. De un otro al otro. Buenos Aires: Paidós.
14. Sullivan H (1953). La entrevista psiquiátrica.

- <http://es.scribd.com/doc/47427737>.
15. Jung C (1991). *Arquetipos e Inconsciente Colectivo*. Barcelona: Paidós.
 16. Freud S (1990). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años (El pequeño Hans)*. Buenos Aires: Amorrortu.
 17. Eisenberg N (2006). *Handbook of child psychology (3)*. 6ª edición. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
 18. Fromm-Reichmann F (1994). *Psicoterapia Intensiva en la esquizofrenia y en los maníaco-depresivos*. 4ª edición. Buenos Aires: Lumen-Hormé.
 19. Mahler M (1984). *Psicosis Infantiles y otros trabajos*. Estudios 1. Buenos Aires: Paidós.
 20. Klein M. (1988). *Envidia y gratitud y otros trabajos*. Obras completas. Volumen 3. Barcelona: Paidós.
 21. Winnicott DW (2002). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.
 22. Mitre ME (1998). *Las voces de la locura*. Buenos Aires: Emecé.
 23. Kohut H (1990): *la restauración del sí-mismo*. Barcelona: Paidós.
 24. Boszormeny-Nagy I; Spark G (1983): *Lealtades invisibles*. Buenos Aires: Amorrortu.
 25. Haley J (1967). *Hacia una teoría de los sistemas patológicos*. En I. Borszormenyi-Nagy & H. Gerald Zuk (comp.). *Terapia Familiar y Familias en Conflicto*. México: Fondo de Cultura Económica.
 26. Selvini M. (1998). *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
 27. Minuchin S; Fishman H (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
 28. Whitaker CA; Bumberry WM (1991). *Danzando con la familia: un enfoque simbólico-experencial*. Barcelona: Paidós.
 29. Boscolo L; Cecchin G; Hoffman L; Pen P (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán: Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
 30. Jackson D (1984). *Comunicación familiar y matrimonio*. Buenos Aires: Nueve Edición.
 31. Satir V (2005). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax.
 32. Watzlawick P (1997). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
 33. Searles HF (1959). "The effort to drive the other person crazy –an element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia", *British Journal of Medical Psychology* 1959; 32: 1-18.
 34. Laing RD (1978). *El yo dividido*. Madrid: Fondo de cultura economica de España, S.L.
 35. RAE (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. 22 edición. Madrid: Real Academia Española.
 36. Gardner R (1999). *Family Therapy of the Moderate Type of Parental Alienation Syndrome*. *The American Journal of Family Therapy* 1999; 27: 195-212.
 37. Andersen T (1994). *Equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
 38. Seikkula J; Olson ME (2003). "The open dialogue approach to a acute psychosis: its poetics and micropolitics". *Family Process* 2003; 42 (3): 403-418.
 39. Foulkes SH; Anthony EJ (2006). *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Ceagop Press.
 40. Vinogradov S; Yalom I (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
 41. Rogers C; Rosenberg C (1989). *La persona como centro*. Barcelona: Herder.
 42. Borja G (2004). *La locura lo cura. Vitoria-Gasteiz: La llave*.
 43. Yalom ID (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.
 44. Frankl V (1999). *El hombre en busca del sentido último: el análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano*. Barcelona: Paidós.
 45. Hubble MA; Duncan BL; Millar SD (1999). *The heart and the soul of change. What Works in therapy*. Washington D.C: American Psychological Association.
 46. Sempere J.; Rodado MJ; Fuenzalida C (2011). *La reorganización de un área de salud mental infanto-juvenil en torno a la terapia grupal. Teoría y práctica grupoanalítica* 1(1): 256-76.
 47. Sempere J; Rodado MJ; Fuenzalida C (2012). *Un modelo de atención ambulatoria a niños con trastornos mentales graves y sus familias. Experiencia grupal*. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* 20: 73-79.

Tomás J. Cantó¹, Antonio Muñoz² y Sylvia Plaza²

¹ USMI de Sant Vicent del Raspeig (Alicante)

² Shire Pharmaceuticals

Correspondencia:

Tomás J. Cantó

tjcanto@gmail.com

*Hacia una medicina
individualizada en el paciente
con trastorno por déficit de
atención e hiperactividad*

*Towards individualized medicine
in patients with Attention Deficit/
Hyperactivity Disorder*

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en la infancia y la adolescencia, con una prevalencia global acumulada del 5,29%. La medicina individualizada (MI) está cada vez más implantada y debe tratarse de un proceso continuo, enfocado en el paciente y su entorno. En el TDAH la variabilidad asociada a su prevalencia, diagnóstico, tratamiento y todos los posibles factores moderadores hace que la implantación de esta MI sea vital para el correcto manejo del trastorno. El abordaje del niño/adolescente con TDAH de una manera personalizada facilita la confección de un plan terapéutico ajustado a sus necesidades, permitiendo la correcta consecución de una respuesta adecuada a los objetivos marcados. Este trabajo explora y propone un modelo de aproximación para la implantación de la MI en el paciente con TDAH, basándose en el conocimiento específico de cada individuo y de su situación y entorno biológico, psicológico y social.

Palabras clave: Medicina individualizada, TDAH, respuesta inadecuada

ABSTRACT

Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is the most common neurodevelopmental disorder in childhood

and adolescence, with a cumulative overall prevalence of 5,29%. Treatment individualization (TI) is increasingly implemented and should be a continuous process focus in the patients and his environment. The variability associated with ADHD prevalence, diagnosis, treatment and all possible moderating factors make the implementation of this TI essential for the correct management of the disorder. The approach to the child/adolescent with ADHD from a personalized perspective allows creating a therapeutic plan according to their needs, getting the achievement of the adequate response. This paper proposes an approach model for the implementation of TI in patients with ADHD, based on the specific knowledge of each individual and their situation and biological, psychological and social environments.

Keywords: Treatment individualization, ADHD, inadequate response

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en la infancia y la adolescencia. Se acepta una prevalencia global acumulada del 5,29%¹. Según estudios realizados en España, el TDAH afecta entre el 1–7% de la población infanto-juvenil^{2,3}. Se caracteriza por síntomas

persistentes de hiperactividad, impulsividad y/o falta de atención, y se asocia con problemas en el funcionamiento académico, social e interpersonal⁴.

La medicina individualizada o personalizada (MI) debe ser una tendencia médica que se aplique de forma rutinaria. Debe estar basada en la aproximación multidisciplinaria y única para cada paciente y estar diseñada acorde un conocimiento específico del individuo y de las circunstancias que le rodean.

Este abordaje, no solo debe englobar el diagnóstico y tratamiento de la patología, sino también la implementación de las medidas preventivas necesarias para evitarla, llegando a un diagnóstico precoz que permita un tratamiento y seguimiento más efectivo. Es decir, la MI debe ser la ciencia de la prevención y la terapia individualizada⁵.

Una correcta incorporación de la MI debería comprender:

- Factores de riesgo / factores protectores
- Prevención
- Detección
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Monitorización y manejo

Además, debe ser un proceso dinámico, donde el paciente se encuentre en el centro de un ciclo sobre el que hay que replantearse y modificar perspectivas en función de la historia y evolución natural del trastorno, los aspectos psicosociales del individuo y de las preferencias del mismo. Para un funcionamiento conveniente del ciclo será esencial la correcta aproximación ética y el adecuado manejo de las expectativas del propio paciente por parte del profesional sanitario⁵. La clave sería poder adaptar un abordaje terapéutico en función del momento vital en que se encuentre el individuo.

También será esencial la implicación de los distintos profesionales para realizar una correcta aproximación, ya que cada uno de ellos podría aportar los conocimientos, los medios humanos y económicos necesarios (investigación de nuevas tecnologías como la genómica o la proteómica, tratamientos necesarios para un mejor conocimiento del trastorno, etc.).

MEDICINA INDIVIDUALIZADA EN EL PACIENTE CON TDAH

En el TDAH, como en otros trastornos del neurodesarrollo, la presentación clínica varía y cambia con la edad. Es conocido que durante la niñez (etapa escolar y preescolar) destacan los problemas conductuales, la dificultad para aprender hábitos, aparecen las primeras dificultades académicas y suelen iniciarse los problemas en las relaciones interpersonales. Con la adolescencia además de agravarse las anteriores, pueden aparecer los problemas con el abuso de sustancias o la ley. En la edad adulta, situaciones laborales problemáticas, cambios frecuente de trabajo, mayor riesgo de consumo de drogas y de accidentes de tráfico pueden ser la consecuencia de un TDAH persistente y no tratado^{6,7}.

Además su variabilidad asociada a la prevalencia, diagnóstico y tratamiento y a posibles factores moderadores hace que la personalización del tratamiento adquiera una mayor importancia. Entre los factores moderadores del TDAH se encuentran:

- *La localización:* las diferencias culturales entre países e incluso entre distintas áreas geográficas del mismo país, influyen en la manera de reconocer el TDAH y en la forma de tratarlo.
- *Los profesionales sanitarios:* el diagnóstico puede variar dependiendo del nivel de experiencia. El proceso conlleva además tener actitud de ayuda, conocer las propias limitaciones y ser hábil para dirigir, aconsejar, educar, convencer.
- *Los informantes:* el reconocimiento de los síntomas puede modificarse por el contexto cultural, e incluso la aceptación del diagnóstico y del tratamiento puede verse modificada por este hecho.

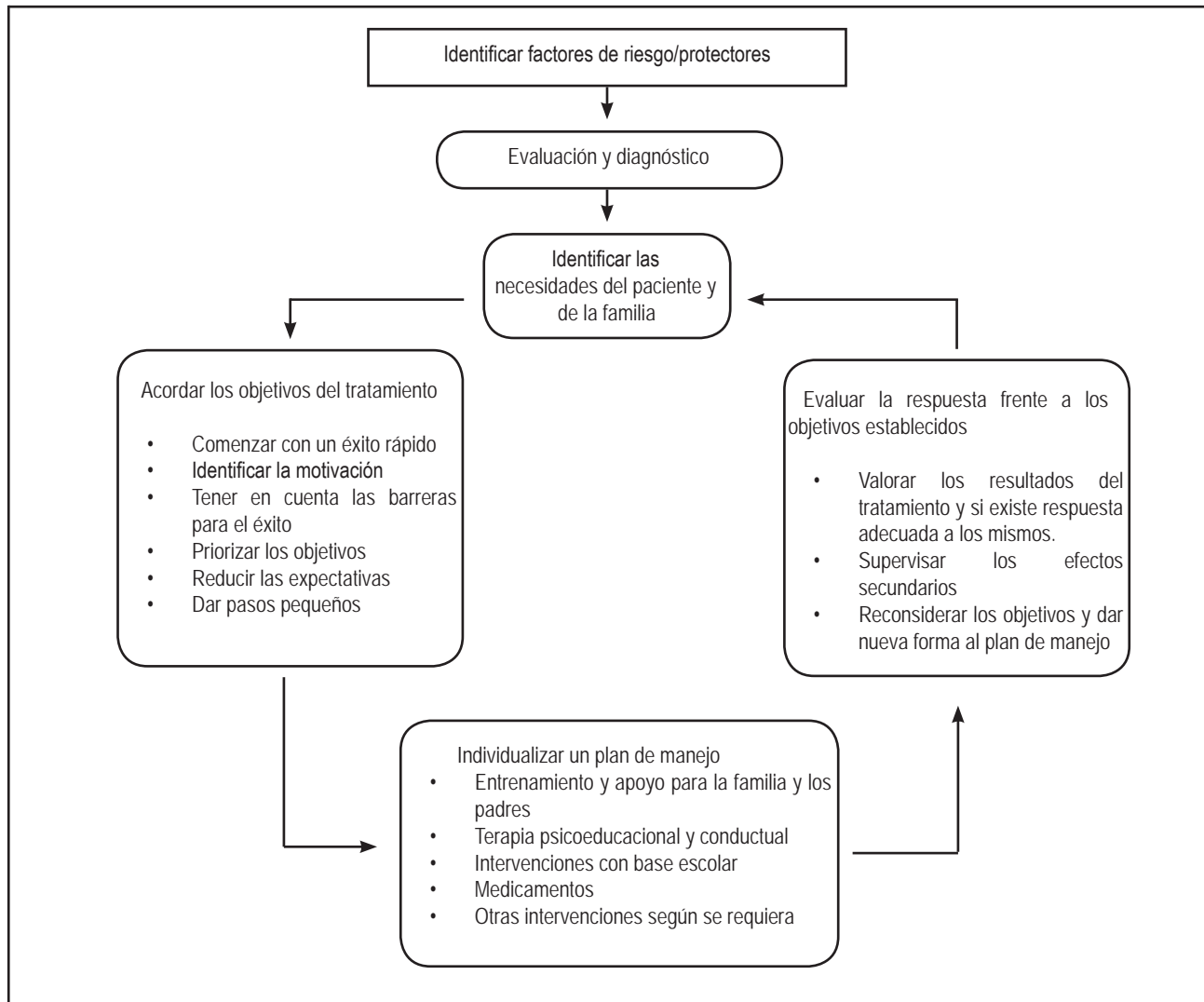
FACTORES DE RIESGO/PROTECTORES

Todos aquellos profesionales (sanitarios o no) que están en contacto con el paciente deben saber identificar los posibles factores de riesgo / factores protectores que están relacionados con el TDAH. Este será el primer paso para desarrollar una MI.

1. Factores de riesgo: Genética

La heredabilidad del TDAH ronda el 79%⁸. Estudios han revelado un incremento del porcentaje del riesgo de padecer el trastorno en familias cuyos padres padecían

La siguiente figura resume cual podría ser un modelo de aproximación a la MI en el TDAH



TDAH en comparación con familias sin TDAH. Concretamente este incremento se cuantifica entre 2 a 8 veces⁹. Los estudios en gemelos y niños adoptados también desprenden datos favorables sobre la heredabilidad del trastorno^{10,11}.

Se han descrito distintos genes relacionados con el TDAH o con algunos de los comportamientos asociados al mismo. El conocimiento de los genes que pueden condicionar una mayor susceptibilidad a presentar TDAH

podrá ayudar en un futuro para establecer diagnósticos más precoces.

2. Factores de riesgo: externos

Se han descrito potenciales factores de riesgo que incluyen^{9,12,13}:

- Exposición prenatal al alcohol
- Tabaquismo materno antes y durante el embarazo
- Preeclampsia

Tabla 1- Análisis multivariante de los factores de riesgo asociados al TDAH¹⁶

Característica/Exposición (Referencia para el análisis de Regresión)	Características de la muestra, nº (%) ^a		Análisis de regresión logística, OR (IC 95%)	
	Niños con TDAH (n=660)	Niños sin TDAH (n=12.828)	Análisis bivariante (sin ajustar)	Análisis multivariable (ajustado) ^b
Sexo (referencia mujer)	133 (20,2)	6.604 (51,5)	4,20 (3,75-5,10)	4,42 (3,56-5,49)
Edad media (DE)	9,8 (4,3)	11,3 (3,4)	1,08 (1,06-1,11)	1,09 (1,07-1,11)
Situación socioeconómica ^c				
Clase alta	114 (17,4)	3.486 (27,3)	1 (Referencia)	1 (Referencia)
Clase media	325 (49,5)	6.087 (47,7)	1,63 (1,31-2,03)	1,57 (1,23-2,00)
Clase baja	218 (33,2)	3.202 (25,1)	2,08 (1,65-2,62)	2,04 (1,56-2,68)
Diabetes mellitus gestacional materna (referencia:ausente)	24 (4,1)	256 (2,2)	1,93 (1,26-2,95)	1,91 (1,21-3,01)
Tabaquismo materno durante el embarazo (referencia: nunca)	158 (24,6)	2.081 (16,4)	1,66 (1,38-2,00)	1,48 (1,19-1,84)
Consumo materno de alcohol durante el embarazo (referencia: nunca)	96 (14,8)	1.775 (14,0)	1,07 (0,86-1,34)	1,02 (0,79-1,33)
Problemas de salud perinatales (referencia: ausentes) ^d	235 (36,2)	2.955 (23,2)	1,88 (1,60-2,22)	1,69 (1,40-2,03)
Lactancia materna (lactancia materna completa siempre vs nunca)	345 (56,7)	7.943 (67,5)	0,96 (0,54-0,74)	0,83 (0,69-0,996)
Eczema atópico (siempre vs nunca)	132 (20,2)	1.820 (14,4)	1,51 (1,24-1,84)	1,62 (1,30-2,02)

OR: Odds Ratio; ^aLos números indican el número (porcentaje) de niños expuestos a las variables discretas y las medias (DE) en las variables continuas. ^bAjustado para todas las exposiciones enumeradas en la tabla; el análisis se basa en 11.222 observaciones que incluyeron todos los datos. ^cClasificación basada en la educación, cualificación profesional, situación profesional, e ingresos netos familiares de los padres de acuerdo con Winkler y Stolzenberg. ^dProblemas respiratorios, inadaptación, infecciones, ictericia, bajo peso neonatal/parto prematuro, y/o ingreso hospitalario.

- Cesarea
- Embarazo no deseado
- Haber padecido abortos previos
- Tratamientos durante el embarazo
- Prematuridad o bajo peso al nacer
- Deficiencias en la dieta
- Contaminantes ambientales (ej:plomo)

También factores sociales como el nivel socio económico, la estructura familiar, el desamparo social o el nivel educativo de la madre, se han postulado como posibles factores de riesgo.

En general los estudios realizados para determinar todos estos factores son retrospectivos y realizados sobre población clínica. Sagiv y cols, realizaron un estudio prospectivo en población no clínica, y confirmaron que factores como un bajo nivel educativo paterno, el uso de drogas en el embarazo, la depresión materna o el bajo nivel de estimulación del niño en el ambiente doméstico pueden considerarse factores de riesgo para TDAH¹⁴.

Recientemente Nomura y cols han encontrado que la diabetes gestacional y el bajo nivel socio económico, especialmente en combinación, incrementan el riesgo de

presentar TDAH, lo que les lleva a recomendar actividades preventivas en este grupo de riesgo¹⁵. Además otros factores como las enfermedades perinatales, el tabaco en el embarazo o el padecer eczema atópico parecen ser factores independientes de riesgo para presentar TDAH. La lactancia materna, por el contrario podría ser un factor protector frente a TDAH¹⁶ (Tabla 1).

3. Factores protectores

También es importante conocer aquellos elementos que se comportan como protectores en el TDAH. Los principales factores que se han descrito en este sentido son: una comunicación familiar positiva, alta autoestima, proyecto de vida elaborado, locus de control interno establecido, permanencia en el sistema educativo, aspectos

Tabla 2 – Modelo de TDAH y fases de transición de la vida¹⁹

FASE DE TRANSICIÓN	DEMANDAS DEL ENTORNO	FUENTES DE APOYO (INTERNAS/ EXTERNAS)	PROFESIONAL SANITARIO IMPLICADO	TEMAS A ANALIZAR	HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN
Durante la adolescencia: 12-17 años	Trabajo escolar independiente Aumento de nº de amigos Citas/actividad sexual Conducción Independencia creciente de los padres	Padres/familia Profesores Fuentes propias/ internas Dispositivos electrónicos	Pediatría Médico de familia Trabajador social Psicólogo Psiquiatra infantil Enfermera escolar Consejero de abusos de sustancias	Manejo de vehículos de motor Rendimiento escolar Relaciones sociales e íntimas Actividad sexual Conductas de riesgo Manejo del tiempo Abuso de sustancias incluyendo tabaco Factores de riesgo de enfermedades crónicas	ADHD Rating Scale IV Conner's Parent/Teacher Rating Scale-Revised Vanderbit ADHD Diagnostic Parent and Teacher Scales Health Utilities Index Young Quality of Life Instrument Research version Behavior Rating Inventory of Executive Functioning-Adult version Weiss Functional Impairment Rating Scale Self Report Academic Performance Rating Scale
En adultos jóvenes: 18-25 años	Educación/Formación tras la Escuela superior Vivir fuera de la casa familiar Inicio de la independencia financiera Trabajo Citas/actividad sexual Amistades	Padres/familia Profesores Dispositivos nemotécnicos Fuentes propias/ internas Dispositivos electrónicos	Proveedor de atención primaria Servicio de salud escolar Obstetra/Ginecólogo Interista Médico de familia Psiquiatra Neurólogo Trabajador social Psicólogo Consejero de abuso de sustancias	Trabajo Adaptación a la educación avanzada Aspectos legales Trastornos/síntomas del humor y ansiedad Abuso de sustancias, incluyendo tabaco Relacione sociales e íntimas Factores de riesgo de enfermedades crónicas	ADHD Rating Scale IV with adults prompts Conner's Adult ADHD Rating Scale Adult ADHD Self Report Scale v1.1 Symptom Checklist Adult ADHD Quality of life Scale Youth Quality of Life Instrument Research version Behavior Rating Inventory of Executive Functioning-Adult version Stanford Test of Academic Skills (task)
Durante (o el primer diagnóstico en) en adultos mayores ≥ 25 años	Independencia financiera Trabajo Matrimonio Hijos Amigos Comunidad (iglesia, social, asociaciones caritativas)	Esposa Fuentes propias/ internas Dispositivos nemotécnicos Dispositivos electrónicos	Proveedor de atención primaria Servicio de salud escolar Obstetra/Ginecólogo Interista Médico de familia Psiquiatra Neurólogo Trabajador social Psicólogo	Aspectos legales Trastornos/síntomas del humor y ansiedad Abuso de sustancias, incluyendo tabaco Relacione sociales e íntimas Aspectos financieros	ADHD Rating Scale IV with adults prompts Conner's Adult ADHD Rating Scale Adult ADHD Self Report Scale v1.1 Symptom Checklist Adult ADHD Quality of life Scale ADHD Impact module for Adults Endicott Work Productit Scale

relacionados con la resiliencia (autoconsciencia, perseverancia, establecimiento de metas)⁷.

Conocidos los factores de riesgo / protectores podemos realizar de manera personalizada acciones preventivas, encaminadas a cambiar hábitos o estilos de vida o bien mantenerse alerta ante la posibilidad de que aparezcan síntomas que nos lleven a un diagnóstico precoz del TDAH.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El TDAH tiene un diagnóstico clínico, dado que hasta la fecha no se ha podido establecer ningún marcador biológico que determine su diagnóstico de forma clara o capaz de predecir cual podría ser un tratamiento efectivo. En esta línea se han desarrollado estudios con diferentes diseños (caso control, retrospectivos, epidemiológicos etc.) sin obtener unas conclusiones científicamente relevantes. Hasta la fecha, una de las publicaciones más importantes a este respecto es el metanálisis de Scassellati y cols. los cuales analizaron 210 trabajos publicados y constataron que las alteraciones de norepinefrina, monoamino oxidasa (MAO), 3-metoxi 4-hidroxifeniletanol (MHPG), hierro, Zinc y cortisol podrían ser utilizadas como posibles marcadores diagnósticos de la patología, aunque se necesitan estudios con mayor grado de evidencia científica¹⁷.

Por tanto, y en ausencia de un diagnóstico no clínico, la mayoría de las guías para el manejo del TDAH estiman que el correcto diagnóstico debe basarse en¹⁸:

- La entrevista clínica con padres/tutores y familiares.
- La entrevista con el propio paciente.
- Los informes procedentes de la escuela
- La evaluación de la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos
- La revisión de la historia médica, familiar y social del paciente

Es importante a la hora de realizar la entrevista clínica, adaptar las preguntas clave a la capacidad de cada paciente y sus familiares, que puede estar condicionada por factores como la edad, el estado madurativo o la capacidad cognitiva.

En consonancia con esta aproximación, se han formado grupos de trabajo como el “ADHD Transition Model Working Group” que ha elaborado un modelo de diagnóstico y manejo del paciente con TDAH en función de la etapa de la vida en que se encuentre¹⁹. De esta manera reconocen momentos críticos o de transición en la vida, en los cuales los pacientes pueden tomar decisiones que condicionen efectos negativos o positivos posteriores como la transición de la niñez a la adolescencia o el paso de la adolescencia a la edad adulta, realizando unas recomendaciones en el diagnóstico en función de la fase de transición en la que se encuentre (Tabla 2).

En la evaluación, además de determinar a qué subtipo de TDAH pertenece el niño/adolescente: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo/impulsivo o combinado, es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías que pueden confundirse o coexistir con el TDAH y que condicionarán una intervención adaptada a las necesidades. Estas, incluyen enfermedades de sistema nervioso central o de otros aparatos y sus tratamientos (Ej. epilepsia, enfermedades tiroideas, déficits sensoriales, alteraciones del sueño). Además existe otros trastornos comórbidos con el TDAH y que requerirán un abordaje diagnóstico y terapéutico diferenciado.

En el diagnóstico debemos emplear por tanto los instrumentos necesarios adaptados al paciente (Ej. edad, condición comórbida) y a la sospecha diagnóstica en cuanto a:

- Pruebas complementarias
- Escalas a utilizar: el grupo de trabajo de la guía de práctica Clínica sobre el TDAH¹⁸ considera que existen entrevistas estructuradas y semiestructuradas útiles para la recogida de información, en función de cada situación, edad e individuo, tanto en la práctica clínica como en la investigación. Sin embargo, el elevado tiempo de aplicación y el entrenamiento previo necesario hacen poco factible su uso en la práctica clínica habitual.

Es importante valorar en este momento aspectos relativos al entorno del individuo que condicionaran un tratamiento personalizado posterior como: el grado de apoyo escolar que se va a recibir en función de la capacidad

intelectual del niño o la facilidad para que la familia acepte el diagnóstico y se involucre posteriormente en el tratamiento que puede venir condicionada por factores como la situación económica, el divorcio de los padres, la negligencia familiar, abuso de sustancias en la familia, entre otros.

Por tanto adaptando el proceso diagnóstico a cada paciente y su entorno obtendremos información personalizada basada en datos de:

- Historia clínica (anamnesis y pruebas complementarias): edad, comorbilidades, tratamientos concomitantes, subtipo de TDAH.
- Historia Familiar: estado del núcleo familiar, situación socioeconómica.
- Entorno Social: datos del colegio, y amigos y su posible participación en la terapia.

Con todas estas variables pasaremos a identificar las necesidades del niño/adolescente y de la familia en relación con el TDAH, que nos permitan establecer unos objetivos precisos. Estas necesidades pueden variar en función de la gravedad del paciente, pero pueden ir relacionadas con:

- El conocimiento de la enfermedad y sus consecuencias: en cuanto a comorbilidades, evolución con la edad, posibles tratamientos y sus efectos adversos y el impacto del TDAH en las actividades cotidianas.
- Las necesidades académicas: en relación con una necesidad de mejora del desempeño escolar, de las relaciones en la escuela tanto con compañeros como con profesores, y/o la necesidad o no de adaptación curricular
- El impacto en las relaciones familiares: en la estructura, en los horarios, y en como perciben la enfermedad en la rutina familiar.
- El impacto en el entorno social: la mejora en las relaciones con sus amigos o compañeros, y la aceptación en el grupo.
- Los recursos económicos: muy relacionados con las actividades extraescolares clases de apoyo y terapias psicológicas.
- Adecuar el tratamiento para la mejor adherencia al mismo

ESTABLECIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

Para llegar a una aproximación personalizada, es necesario priorizar los objetivos y establecer unas metas a corto, medio y largo plazo. Hay que delimitar con la familia y con el niño/adolescente, que es lo que más les preocupa y en que áreas mejoraría con mayor prioridad el comportamiento de su hijo, para establecer personalmente el plan terapéutico. Es muy recomendable involucrar cuanto antes al propio niño y por supuesto al adolescente.

Tal como recomiendan las guías de práctica clínica¹⁸, el plan terapéutico debe de ser acordado entre el médico, el paciente y sus familiares

Los objetivos pueden variar en cada individuo de acuerdo con:

- Gravedad de síntomas del niño/adolescente
- Edad/ Sexo: los adolescentes deben
- Subtipo de TDAH
- Comorbilidades
- Entorno donde el TDAH está afectando de mayor manera: escuela, familia relaciones sociales.
- Posibilidades de tratamiento

También existen barreras que condicionan el éxito del tratamiento y que han de ser delimitadas a la hora de fijarse un objetivo terapéutico; estas pueden estar relacionadas con la historia previa del paciente, sus comorbilidades, tratamientos simultáneos o pasados; también hay que hacer frente a condicionantes culturales que hacen que las actitudes hacia el tratamiento difieran entre distintos pacientes, familias y profesores, incluso las actitudes de otros médicos.

Reflexiones del tipo la medicación me cambiará / atontará, medicarse es la solución fácil o es lo único que proponen los psiquiatras...son frecuentes y es mejor abordarlas intentando que puedan consultar con información objetiva de distintas fuentes ajenas al médico. La mejor manera de abordar estas barreras es clarificando conceptos, desmontando los mitos, apoyando la exploración de otros tratamientos y dando tiempo para el cambio de actitud, sin cerrar puertas.

Es importante concienciar acerca de la posibilidad de que el trastorno persista con la edad, en este caso, entre los objetivos a marcar debe figurar educar al niño y su entorno sobre su trastorno y sobre las consecuencias de un tratamiento inadecuado, de manera que se minimice el riesgo de la falta de adherencia y del abandono del mismo.

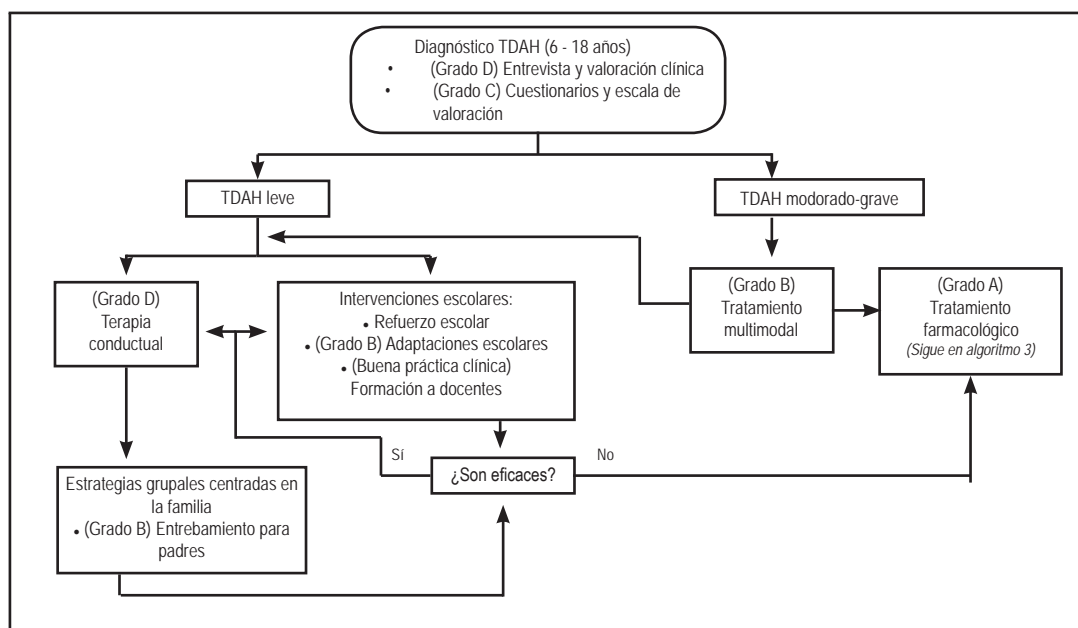
En el enfoque de la MI, la valoración de la eficacia del tratamiento debe realizarse con respecto al grado de cumplimiento de los objetivos pactados. El hecho de alcanzar solo parcialmente alguno de estos objetivos debe ser contemplado como positivo, pero a su vez de forma individual se debe evaluar modificaciones en la pauta de tratamiento encaminadas a conseguir retos aún más ambiciosos. En definitiva, dada la eficacia de los tratamien-

Tabla 3- resumen de los moderadores y mediadores encontrados en el estudio MTA²¹

MODERADOR ANALIZADO	¿SIGNIFICATIVO?	COMENTARIO
Sexo del niño	No	Niños y niñas respondieron de forma similar
Comorbilidad TND/TC	No	Los niños con o sin esta comorbilidad respondieron de forma similar
Comorbilidad trastorno de ansiedad	No	Los niños con o sin historia previa de medicación respondieron de forma similar - excepto sobre la posibilidad, con Tto. Conduct, de que la medicación previa supusiese la imposibilidad de suspender la medicación durante el periodo completo de 14 meses de tratamiento
Asistencia pública familiar	Si	Los niños de familias con bajos ingresos (a), mostraron una respuesta relativamente mejor al Comb., respecto a las habilidades sociales valoradas por los profesores y (b) una unión relativamente menor con sus padres si recibieron MedMgt, que los de las familias con mayores ingresos
Etnia/raza	Si	Los niños afroamericanos mostraron una respuesta relativamente mejor al Comb., que los niños blancos
Severidad del TDAH	Si	Los niños con un TDAH inicial más severo mostraron una respuesta relativamente peor al MedMgt o al Comb., que los niños con TDAH menos severo
Sintomatología depresiva paterna	Si	Los hijos de padres con sintomatología depresiva al menos ligera, mostraron una respuesta relativamente peor al MedMgt o al Comb., que los hijos de padres sin depresión
CI del niño	Si	Los niños con índices CI menores de 100 mostraron una respuesta relativamente peor al MedMgt o al Comb., que los niños con índice CI mayores de 100, si también tenían TDAH de sintomatología severa y padres con sintomatología depresiva al menos ligera
Seguimiento	Si	Es un mediador altamente significativo para el MedMgt (es decir, las familias con alto seguimiento mostraron una respuesta terapéutica mucho mayor que las que tuvieron un bajo seguimiento de las visitas médicas)
Seguimiento	No	No es un mediador significativo para el Tto. Conduct.
Uso de la medicación en la comunidad	Si	Los niños en CC que recibieron medicación de médicos de familia mostraron una mejor evolución del TDAH que los que no recibieron medicación - pero peor evolución que los de MedMgt o Tto. Conduct.
Disciplina paterna: Negativa/ineficaz	Si	Las familias que más avanzaron en disciplina Negativa/Ineficaz mostraron si estaban en Comb., una mejora relativamente mayor respecto a las habilidades sociales y a la conducta disruptiva en clase, que los que no habían mejorado en esta disciplina o los de otras variedades terapéuticas. El subgrupo de familias en Comb., con mayores mejoras en esta disciplina alcanzaron niveles normales de conducta disruptiva en clase al final de la intervención activa

CC. Community Care, tratamiento en la comunidad (por su pediatra)
 TND. Trastorno negativista desafiante
 TC. Trastorno de conducta disocial

Fig 2- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Algoritmo Tratamiento del TDAH en niños y adolescentes¹⁸



tos y en concreto la dimensión elevada del tamaño del efecto que en general acreditan las diferentes opciones farmacológicas indicadas para el TDAH²⁰, no debemos conformarnos con mejoras parciales, y agotar todas las alternativas terapéuticas disponibles para obtener un cumplimiento aún mayor de los objetivos individuales del tratamiento.

INDIVIDUALIZACIÓN DEL PLAN DE MANEJO

En base a los objetivos marcados como prioritarios es necesario un abordaje multidisciplinar adaptando el tratamiento a las necesidades específicas del niño o el adolescente con TDAH.

Tal como se recoge en las distintas guías¹⁸, el plan de manejo se modela en cada paciente en función de distin-

tos factores como: la edad del paciente, el tipo de TDAH, las comorbilidades y/o a la gravedad de los síntomas pero siempre se han de tener en consideración las opiniones y expectativas del niño / adolescente y de su familia.

Cada una de las opciones terapéuticas (terapia combinada, el tratamiento farmacológico, la terapia conductual o intervenciones comunitarias) pueden ser de utilidad en función de las características de cada individuo. Se han descrito tanto variables moderadoras como mediadoras. Se consideran variables moderadoras aquellos factores del individuo que definen subgrupos con posibilidad de mejor o peor respuesta, entre ellas se encuentran la ansiedad comórbida, la severidad del TDAH, los síntomas depresivos en los padres, y el coeficiente intelectual. Las variables mediadoras ocurren durante el tratamiento y podrían explicar el resultado del mismo. Una variable mediadora es la falta de disciplina de los padres, que respondería mejor a un tratamiento combinado²¹ (Tabla 3).

Otros predictores de mala respuesta al tratamiento en los niños/adolescentes con TDAH son la existencia de patología psiquiátrica en la madre, el grado de afectación que basalmente produce el TDAH, o la presencia de comorbilidades como los trastornos de conducta, del ánimo o de ansiedad²². Estos hallazgos basales deberían ayudar a padres, familias y profesionales a diseñar un programa de tratamiento adaptado que reduzca el riesgo de persistencia.

Las guías españolas recomiendan un algoritmo diferenciado en función de la gravedad del TDAH (Fig 2).

En la elección del tratamiento también deben de ser tenidas en cuenta las preferencias de los padres y del propio niño/adolescente, atendiendo a las necesidades detectadas.

El entrenamiento y el apoyo a los padres adaptado a las características de los mismos son importantes para obtener unos resultados óptimos. En preescolares se recomienda el entrenamiento de las conductas de los padres como primera línea de tratamiento²³. Este entrenamiento puede ser dirigido por los propios padres, en grupo o realizarse de manera individual en función de cada familia, todas las modalidades tienen una efectividad parecida²⁴. De la misma manera la terapia psicoeducacional y conductual debe adaptarse a la edad y subtipo de TDAH.

Las intervenciones en la escuela para mejorar la conducta de los niños con TDAH han demostrado ser efectivas, por tanto el esquema a adoptar para mejorar la integración del niño debería adaptarse a las específicas dificultades individuales de cada niño.

Tanto la terapia combinada como el tratamiento farmacológico son las estrategias de tratamiento con mejores resultados.

En general, tanto los fármacos estimulantes como los no estimulantes se consideran de primera elección para el tratamiento del TDAH, el empleo de unos u otros debe individualizarse en función de las características de cada individuo y su entorno. De acuerdo con las recomendaciones de las guías para el manejo del TDAH¹⁸, la elección del tratamiento farmacológico debería estar basado en:

- la conveniencia
- la historia clínica del paciente
- la posibilidad de una mejor adherencia
- la evitación del posible estigma de la toma de medicación en la escuela.
- el perfil farmacocinético del fármaco: que se debe adecuar a la clínica del individuo
- el perfil de efectos adversos y las contraindicaciones
- las preferencias personales del niño/adolescente y sus padres o tutores

Una variable importante a considerar debería ser el impacto de la sintomatología en la vida cotidiana del sujeto, con el fin de adaptar la duración de la terapia a las horas en las que se requiera un mayor control de síntomas.

Hay que considerar antes de instaurar un tratamiento farmacológico las posibles patologías subyacentes que pudieran contraindicar el mismo.

Los pacientes con TDAH al igual que en otros trastornos psiquiátricos tienden a tener una susceptibilidad variable en sus respuestas a los tratamientos, por lo que elegir las terapias que “a priori” pudieran ser más adecuadas a cada uno de ellos debe de ser uno de nuestros objetivos.

Pueden ser necesarias algunas medidas personalizadas para mejorar la adherencia en niños y adolescentes en función de las características del entorno del individuo como la clarificación de conceptos, la explicación de las alternativas terapéuticas, dar un tiempo de reflexión para asimilar las explicaciones que facilitemos sobre el tratamiento o explicar el acceso a los recursos asistenciales que sean necesarios.

En el caso del adolescente, por la mayor posibilidad de una elevada resistencia al tratamiento, es importante:

- Construir el plan terapéutico teniendo en cuenta su propio conocimiento del TDAH, las actividades sociales a la que se enfrentan y como el tratamiento puede impactar en ellas.
- Mantenerle en el centro de la toma de decisiones.
- Planificar como organizar los tratamientos
- Trabajar en la posible estigmatización a la que puede enfrentarse.

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA FRENTE A LOS OBJETIVOS PROPUESTOS

Tras instaurar el plan terapéutico personalizado se hace necesaria una revisión de los objetivos marcados y de cómo de efectivo ha sido el plan propuesto, es decir una reevaluación.

Es necesario realizar una nueva anamnesis centrándonos en el objetivo que se priorizó y en como el niño / adolescente ha modificado las conductas previas en los distintos entornos tras la instauración del plan terapéutico. Hay que discriminar en qué aspectos hay mejora y en cuales las actitudes no han cambiado.

Es necesario el conocimiento de factores (ambientales, sociales o escolares) que en opinión de cada individuo pudieran condicionar un freno a la mejoría y que pueden ser de utilidad para reformar el plan de tratamiento y establecer nuevos objetivos. Además, en este momento puede que hayan aparecido nuevas áreas de dificultad específicas por la evolución de la patología.

Como hemos comentado la actitud de los padres es un factor mediador del tratamiento y por este motivo la adecuada interrelación con el profesional sanitario, debe adaptarse en función del núcleo familiar, ofreciendo toda la información necesaria, soporte y resolviendo sus posibles dudas.

En este momento es muy importante evaluar la adherencia al tratamiento y determinar que factores han contribuido a la falta de cumplimiento. Especial atención merece el paso de la niñez a la adolescencia en la cual añadidos a factores propios de la edad y sobre los que hay que personalizar la planificación de la futura estrategia, se añaden factores externos como disparidades en la educación de los profesionales sanitarios en torno al TDAH (Atención Primaria) o posibles restricción de las prescripciones que hay que tener en cuenta para facilitar la transición²⁵.

Los efectos adversos del tratamiento también son variables dependiendo del individuo. Hay que delimitar si son los esperados o no o como interfieren con la actividad

de de cada niño/adolescente para tomar una decisión de cara a suspender o cambiar el plan de tratamiento.

RESPUESTA INADECUADA EN TDAH: BUSCANDO EL BENEFICIO ADICIONAL

En muchas ocasiones pensamos que la respuesta es la adecuada porque el paciente presenta una mejora sintomática, pero no debemos estar satisfechos sólo con esto, hemos de pensar sí podemos hacer algo mas. Tenemos que valorar que a veces esa mejora puede ocultar un beneficio adicional que se obtendría con unos objetivos terapéuticos más ambiciosos.

Desde el punto de vista clínico, se considera una respuesta adecuada al tratamiento en los pacientes con TDAH cuando se consigue una remisión sintomática con una mejora en el funcionamiento general que conduce a la disminución del riesgo y de las consecuencias del TDAH a largo plazo. Además se consigue disminuir la angustia personal y familiar y aumenta la probabilidad de re-integración educativa y social^{26,27}.

Nuestro plan de MI en el paciente debe ayudarnos en el diseño de estrategias de tratamiento apropiadas para acelerar la remisión del trastorno.

La falta de eficacia del tratamiento hay que valorarla siempre de forma individualizada y determinar si el cumplimiento terapéutico es el adecuado en cada momento vital del paciente; en ocasiones puede ser necesario cambiar la estrategia terapéutica mediante el replanteamiento de la terapia conductual, reajuste de la adaptación curricular o mediante adaptación de la terapia farmacológica que incluso puede aconsejar el cambio de tratamiento. Debemos plantearnos el cambio de tratamiento de acuerdo con los fármacos disponibles y balanceando el potencial beneficio para el paciente con los posible efectos adversos.

No debemos conformarnos sólo con una mejora sintomática del paciente sino que tenemos que ir más allá. Nuestro objetivo será buscar la remisión total de los síntomas en todas las áreas de funcionamiento del individuo, asegurándonos una calidad de vida adecuada para el paciente y las personas de su entorno. Pensaremos en el paciente de manera integral y ajustaremos el plan

de tratamiento a cada una de las individualidades de la persona, asegurando que cada paciente recibe un tratamiento apropiado a sus características únicas, específicas y acorde a cada etapa de la vida.

CONCLUSIONES

- La aproximación al paciente mediante el modelo de medicina individualizada se está imponiendo en las distintas especialidades médicas.
- Debe ser un proceso continuo y con vistas a futuro, enfocado al paciente y su entorno, involucrando a distintos profesionales y valorando el antes, durante y después.
- El abordaje del niño/adolescente con TDAH de una manera personalizada permite confeccionar un plan terapéutico ajustado a sus necesidades.
- La medicina individualizada incluye cada uno de los pasos que realizamos en el proceso de detección, diagnóstico, manejo y evolución del TDAH.
- Dado el elevado tamaño del efecto que en general los fármacos indicados en el TDAH han acreditado, no deberíamos conformarnos con la consecución parcial de objetivos, sino que de forma individual debemos apostar por alcanzar las máximas cotas de eficacia en cada caso.
- Debemos pensar a largo plazo y ajustar el plan de tratamiento buscando la excelencia en la MI en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Polanczyk G et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164:942-8
2. Cardo E, Servera M, Vidal C et al. [The influence of different diagnostic criteria and the culture on the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder]. *Rev Neurol* 2011; 52 Suppl 1: S109–S117
3. Rodríguez Molinero L, López Villalobos JA, Garrido Redondo AM et al. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Pediatría Atención Primaria* 2009; 42: 251–70)
4. Antshel KM, Hargrave TM, Simonescu M, Kaul P, Hendricks K, Faraone SV. Advances in understanding and treating ADHD. *BMC Med* 2011;9:72.
5. Kenneth Cornetta, MD, and Candy Gunther Brown, PhD. Balancing Personalized Medicine and Personalized Care. *Academic Medicine*, Vol. 88, No. 3 / March 2013
6. Pedro Javier Rodríguez Hernández. TDAH en pediatría, ediciones Springer, 2013
7. Cesar Soutullo. Guía básica de psicofarmacología del TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad., ediciones Springer, 2012)
8. Lichtenstein P, Carlström E, Råstam M, Gillberg C, Anckarsäter H. The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood. *Am J Psychiatry*. 2010 Nov;167(11):1357-63.
9. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2005 Jul 16-22;366(9481):237-48
10. Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Hum Genet*. 2009 Jul;126(1):51-90.
11. Coolidge FL, Thede LL, Young SE. Heritability and the comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with behavioral disorders and executive function deficits: a preliminary investigation. *Dev Neuropsychol*. 2000;17(3):273-87.
12. Millichap JG. Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2008 Feb;121(2):e358-65
13. Golmirzaei J, Namazi S, Amiri S, Zare S, Rastikerdar N, Hesam AA, Rahami Z, Ghasemian F, Namazi SS, Paknahad A, Mahmudi F, Mahboobi H, Khorgoei T, Niknejad B, Dehghani F, Asadi S. Evaluation of attention-deficit hyperactivity disorder risk factors. *Int J Pediatr*. 2013;2013:953103
14. Sagiv SK, Thurston SW, Bellinger DC, Altshul LM, Korrick SA. Neuropsychological measures of attention and impulse control among 8-year-old children exposed prenatally to organochlorines. *Environ Health Perspect*. 2012 Jun;120(6):904-9
15. Nomura Y, Marks DJ, Grossman B, Yoon M, Ludon H, Stone J, Halperin JM. Exposure to gestational diabetes mellitus and low socioeconomic status: effects on neurocognitive development and risk of attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012 Apr;166(4):337-43.

16. Schmitt J, Romanos M. Prenatal and perinatal risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012 Nov;166(11):1074-5.
17. Scassellati C, Bonvicini C, Faraone SV, Gennarelli M. Biomarkers and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012 Oct;51(10):1003-1019.e20.
18. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18.;
19. Turgay A, Goodman DW, Asherson P, Lasser RA, Babcock TF, Pucci ML, Barkley R; ADHD Transition Phase Model Working Group. Lifespan persistence of ADHD: the life transition model and its application. *J Clin Psychiatry.* 2012 Feb;73(2):192-201. Epub 2012 Jan 10.
20. Hodgkins P, Shaw M, Coghill D, Hechtman L. Amphetamine and methylphenidate medications for attention-deficit/hyperactivity disorder: complementary treatment options. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012 Sep;21(9):477-92.
21. Stephen P. Hinshaw. Moderators and Mediators of Treatment Outcome for Youth With ADHD: Understanding for Whom and How Interventions Work. *Journal of Pediatric Psychology* 32(6) pp. 664-675
22. Biederman J, Petty CR, Evans M, Small J, Faraone SV. How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Res.* 2010 May 30;177(3):299-304
23. Emond SK, Ollendorf DA, Colby JA, Reed SJ, Pearson SD. Management strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder: a regional deliberation on the evidence. *Postgrad Med.* 2012 Sep;124(5):58-68
24. Charach A, Dashti B, Carson P, Booker L, Lim CG, Lillie E, Yeung E, Ma J, Raina P, Schachar R. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment [Internet].
25. Montano CB, Young J. Discontinuity in the transition from pediatric to adult health care for patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Postgrad Med.* 2012 Sep;124(5):23-32.
26. J. Antoni Ramos-Quiroga, Miguel Casas. Achieving Remission as a Routine Goal of Pharmacotherapy in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *CNS Drugs* 2011; 25 (1)
27. Steele M, Jensen PS, Quinn DM. Remission versus response as the goal of therapy in ADHD: a new standard for the field? *Clin Ther* 2006 Nov; 28 (11): 1892-908

Cristina Torres Pascual, Josep Cornellà Canals

Escola Universitària de la Salut i l'Esport. EUSES. Salt,
Girona. España

Correspondencia:

Josep Cornellà i Canals
Doctor en Medicina. Girona
jcornella@euses.cat

*Revistas internacionales
más representativas que
publican sobre TDAH*

*Most representative
international journals that
publish on ADHD*

RESUMEN

Introducción: El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un síndrome conductual con una prevalencia del 5,3%. Tanto desde el mundo sanitario como educativo se vierten esfuerzos en conocer y tratar la patología y sus efectos sobre el individuo, por lo que es necesario saber dónde encontrar evidencia científica. El objetivo del trabajo es identificar las revistas más representativas sobre TDAH. **Metodología:** Las fuentes de consulta han sido MEDLINE y SCImago Journal & Country Rank, año 2012. Para el análisis se han utilizado los indicadores de producción, dispersión y repercusión. **Resultados:** La revista con mayor producción sobre TDAH es el Journal of Attention Disorders y la publicación con mayor repercusión es el Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. **Discusión:** Los resultados muestran que no hay una relación directa entre revistas con mayor producción y mayor repercusión, no siendo posible identificar una sola revista como la mejor.

Palabras clave: déficit de atención, hiperactividad, TDAH.

ABSTRACT

Introduction: attention deficit disorder with hyperactivity (ADHD) is a behavioral syndrome with a prevalence of 5.3%. Both from the healthcare and educational ef-

forts are poured in knowing and treating the disease and its effects on the individual, so it is necessary to know where to find scientific evidence. The objective of this study is to identify the most representative magazines about ADHD. **Methodology:** The reference sources were MEDLINE and SCImago Journal & Country Rank, year 2012. For the analysis we used the indicators of production, spread, and impact. **Results:** The magazine with ADHD increased production of the Journal of Attention Disorders and publication with the greatest impact is the Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. **Discussion:** The results show that there is a direct relationship between journals with higher production and greater impact, not possible to identify a single magazine as the best.

Keywords: attention deficit, hyperactivity disorder, ADHD.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un síndrome conductual, en el que intervienen tanto factores genéticos como ambientales. Este déficit, según los criterios diagnósticos marcados en el DSM-IV-TR, se define por la prevalencia durante más de seis meses de diversos síntomas de déficit de atención y/o hiperactividad (1). Las dos principales manifestaciones del TDAH son el déficit de atención al presentar difi-

cultad para mantener la concentración, principalmente en circunstancias que ofrecen baja estimulación y, la hiperactividad/impulsividad por la falta de inhibición o control cognitivo sobre los impulsos, asociados con inquietud motora (2), acompañados de una perturbación significativa en esferas importantes para el individuo, como las relaciones familiares, académicas, laborales y sociales (3).

La prevalencia mundial del TDAH es del 5,3%, con una incidencia tres veces mayor en niños que entre las niñas (4,5). Esta disfunción neurobiológica inicialmente fue reconocida en la edad infantil, pero la cronicidad de la enfermedad hace que pueda manifestarse más allá de la adolescencia e incluso en el adulto (6).

Desde todas las vertientes sanitarias y docentes hay un gran interés en conocer los resultados de las últimas investigaciones sobre el TDAH, al tratarse de uno de los trastornos infantiles con más presencia en el mundo occidental (7), por ello es necesario conocer cuáles son las revistas con mayor número de trabajos, y por tanto mayor número de resultados de las investigaciones sobre el tema a estudio, así como la repercusión o visibilidad de éstas.

El objetivo del estudio es identificar las revistas más representativas que publican sobre TDAH.

METODOLOGÍA

El presente estudio es un análisis bibliométrico de las revistas que publican investigaciones sobre TDAH.

La recogida de los registros se efectuó en setiembre de 2013, utilizando como fuentes de información MEDLINE para obtener los registros y el SCImago Journal & Country Rank para valorar la repercusión de las revistas.

La búsqueda de los registros se limitó al año 2012, tanto para la obtención de los registros como para la consulta de los indicadores de repercusión. La recuperación de los registros se efectuó con las palabras clave “attention deficit hyperactivity disorder” y “ADHD”. Los indicadores bibliométricos evaluados han sido volumen de producción, dispersión de Bradford e índices de repercusión o visibilidad, expresándose estadísticamente con frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Los 2.160 artículos indexados, sobre TDAH en 2012 en la base de datos MEDLINE, fueron publicados en 607 revistas.

La identificación de las revistas más especializadas sobre el tema a estudio se realiza aplicando la dispersión de Bradford. La formulación teórica de la ley de Bradford establece que: “si las revistas científicas se disponen en orden decreciente de productividad de artículos sobre un tema determinado, se puede distinguir un núcleo de revistas más especializadas y diversas zonas que contienen el mismo número de artículos pero distribuidos con un mayor número de publicaciones” (8).

A partir de los datos obtenidos, para la población analizada, se observa la siguiente agrupación:

■ El núcleo está formado por 19 revistas y 724 artículos.

■ La zona 1 presenta 94 revistas con 715 documentos.

■ La zona 2 consta de 494 revistas y 721 trabajos.

Con la distribución de un núcleo y dos zonas se calcula la constante de Bradford que resulta de dividir el número de revistas de una zona entre el número de revistas de la zona anterior, como las dos k tienen un valor similar entre sí se concluye que la distribución se ajusta a una distribución de tres zonas (tabla1).

Zonas	nºrevistas	%revistas	%revistas acumuladas	nºartículos	%artículos	%artículos acumulados	k
Núcleo	19	3,1	3,1	724	33,5	33,5	
Zona 1	94	15,4	18,5	715	33,1	66,6	5
Zona 2	494	81,4	100	721	33,3	100	5,2
TOTAL	607	100		2.160	100		

Tabla 1. Zonas de Bradford

Las 19 revistas que se encuentran en el núcleo, y por tanto las más especializadas en TDAH, quedan recogidas en la siguiente tabla:

Como puede observarse en la tabla anterior la revista con mayor producción científica en TDAH es el Journal of Attention Disorders publicada en Estados Unidos, seguida de PloS One y Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines editadas en Estados Unidos y Reino Unido respectivamente.

Revista	nº artículos	País	Idioma
Journal of Attention Disorders	260	Estados Unidos	Inglés
PloS One	48	Estados Unidos	Inglés
Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines	45	Reino Unido	Inglés
Journal of Abnormal Child Psychology	33	Estados Unidos	Inglés
Attention Deficit and Hyperactivity Disorders	31	Austria	Inglés
Psychiatry Research	31	Irlanda	Inglés
Research in Developmental Disabilities	31	Estados Unidos	Inglés
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	25	Reino Unido	Inglés
Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology	24	Estados Unidos	Inglés
European Child & Adolescent Psychiatry	23	Alemania	Inglés
Pediatrics	22	Estados Unidos	Inglés
Psychopharmacology	21	Alemania	Inglés
Journal of Clinical Psychiatry	21	Estados Unidos	Inglés
Current Topics in Behavioral Neurosciences	21	Alemania	Inglés
Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics	20	Estados Unidos	Inglés
Journal of Psychiatric Research	19	Reino Unido	Inglés
European Neuropsychopharmacology	17	Países Bajos	Inglés
Biological Psychiatry	16	Estados Unidos	Inglés
Journal of Child Neurology	16	Estados Unidos	Inglés
TOTAL	724		

Tabla 2. Revistas del núcleo

Más del 50% de las revistas del núcleo están publicadas en editoriales de los Estados Unidos, acogiendo el 67,8% de los artículos (tabla 3).

País	nº artículos	% artículos
Estados Unidos	491	67,8
Reino Unido	89	12,3
Alemania	65	9
Austria	31	4,3
Irlanda	31	4,3
Países Bajos	17	2,3
TOTAL	724	100

Tabla 3. Países editores

En cuanto al idioma de publicación se observa que el 100% de las revistas del núcleo se publican en inglés (tabla 2).

Las revistas del núcleo quedan catalogadas en el

Categoría	nº revistas	nº artículos
Psychology (miscellaneous)	2	293
Psychiatry and Mental Health	6	150
Multidisciplinary	1	48
Pediatrics, Perinatology and Child Health	2	46
Neurology (clinical)	2	33
Developmental and Educational Psychology	1	31
Developmental Neuroscience	1	31
Molecular Biology	1	31
Pharmacology	1	21
Biological Psychiatry	1	16

Tabla 4. Categorías temáticas según el SCImago Journal & Country Rank

SCImago Journal & Country Rank (exceptuando tres revistas), en 10 categorías (tabla 4).

La categoría con mayor presencia de revistas es Psychiatry and Mental Health y Research in Developmental Disabilities siendo la publicación con mayor repercusión

la Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry publicada en el Reino Unido (tabla 5).

El resto de publicaciones que se sitúan en primer cuartil se muestran en la siguiente tabla:

Revista	nº trabajos	Ranking cuartil	Cuartil	SJR	IH
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	25	6/354	Q1	3,124	156
Journal of Clinical Psychiatry	21	19/354	Q1	1,917	143
Journal of Psychiatric Research	19	21/354	Q1	1,885	77
European Child & Adolescent Psychiatry	23	43/354	Q1	1,269	51
Psychiatry Research	31	51/354	Q1	1,194	81
Research in Developmental Disabilities	31	91/354	Q2	0,749	46

Tabla 5. Revistas de la categoría Psychiatry and Mental Health

DISCUSIÓN

La revista científica es el principal canal para la difusión de los resultados de la investigación científica, iniciada por el investigador, perfeccionada y formalizada por los editores. Los investigadores han de saber dónde quieren publicar los resultados de sus investigaciones (9) y los profesionales

clínicos deben saber dónde pueden encontrar la información que necesitan para aplicar la evidencia científica a su práctica clínica, por todo ello es necesario conocer previamente las características de las publicaciones. Las principales revistas sobre TDAH indexadas en la base de datos MEDLINE corresponden a países desarrollados como sucede con el resto de publicaciones de psiquiatría (10), y al igual que sucede con el resto de especialidades médicas los principales países que publican sobre TDAH

son Estados Unidos y Reino Unido. Como en cualquier disciplina, la tendencia de los autores o instituciones es publicar en revistas anglosajonas ya que concentran la mayoría de editoriales.

La producción analizada sólo ha sido publicada en inglés. El hecho que el 84,5% de los trabajos se publiquen en países anglosajones ya justificaría la predominancia del inglés. Además en el resto de países en que convive el inglés con la lengua nacional, las editoriales prefieren publicar en inglés. La finalidad de la comunicación

Categoría	Revista	Ranking cuartil	Cuartil	SJR
Biological psychiatry	Biological Psychiatry	1/19	Q1	4,252
Multidisciplinary	PloS One	5/81	Q1	1,512
Neurology (clinical)	European Neuropsychopharmacology	38/248	Q1	1,194
Pharmacology	Psychopharmacology	14/221	Q1	1,590
Pediatrics, Perinatology and Child Health	Pediatrics	1/189	Q1	2,544
	Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology	20/189	Q1	1,027
	Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics	28/189	Q1	0,881
Psychology (miscellaneous)	Journal of Abnormal Child psychology	10/359	Q1	3,044
	Journal of Attention Disorders	80/359	Q1	1,038

Tabla 6. Revistas con primer cuartil

científica es el avance del conocimiento científico, por ello es necesario que no haya barreras lingüísticas y exista un idioma común para difundir los conocimientos, considerándose el inglés como la lengua de la comunidad científica universal (11).

Los resultados revelan la preferencia de los autores por publicar en el Journal of Attention Disorders (JAD), al tratarse de una revista centrada en la ciencia básica y aplicada en la atención y funciones relacionadas tanto con los niños, los adolescentes y los adultos. JAD publica artículos sobre diagnóstico, comorbilidad, funcionamiento neuropsicológico, psicofarmacología y problemas psicosociales. La revista consta de artículos de revisión, comentarios, artículos de investigación empírica y presentaciones de casos o evaluaciones de programas. Sin embargo, el volumen de producción no corresponde con ser una revista con una buena visibilidad al presentar un segundo cuartil de la categoría en que está clasificada, Psycholoy (miscellaneous).

La categoría del SCImago Journal & Country Rank que acoge mayor volumen de trabajos es Psychiatry and Mental Health, en la que la revista con mayor repercusión es Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. El objetivo de esta revista es avanzar en la ciencia y la práctica de la psiquiatría infantil y adolescente a través de la publicación de originales y revisiones de relevancia teórica, científica y clínica en el campo.

Los factores de repercusión son actualmente los índices bibliométricos más utilizados para la evaluación científica revistas. Sin embargo, no significa que las revistas con mayor repercusión sean las revistas con mayor producción o con trabajos de mejor calidad, como sucede con las publicaciones analizadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC.: American Psychiatric Association; 2000.
2. Szerman N. ¿TDAH en la adolescencia? 50 preguntas orientativas para reconocer y tratar el TDAH. Madrid: Draft Editores, S.L.; 2008.
3. Quintero Lumbreras FJ, Correas Lauffer J, Quintero Gutiérrez del Álamo FJ. Introducción al trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Madrid: Ergon; 2006.
4. Kaufman KR, Bajaj A, Schiltz JF. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in gymnastics: preliminary findings. Apunts. Medicina de l'Esport 2011; 46(170):89-95.
5. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T. et al. Influence of gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children referred to a psychiatry clinic. Am J Psychiatry 2002; 159:36-42.
6. Correas Lauffer J, Ibáñez Cuadrado A, García Blázquez V, Saiz Ruiz J. Comorbilidad y evolución del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el adulto. Madrid: Ergon; 2006.
7. Del Río Bermúdez C, Díaz-Piedra C, Guglielmi O, Antúnez JM, Buela-Casal G. TDAH y trastornos de sueño: Una revisión bibliométrica de los últimos diez años. Universidad de Granada. IX Congreso Nacional de Psicología Clínica. San Sebastián 7-9 de julio de 2011.
8. Peña Rey I. Estudio bibliométrico de la producción científica sobre las dioxinas a través de las bases de datos PubMed e IME (1997-2003). [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2004.
9. Mendoza S, Paravic T. Origen, clasificación y desafíos de las revistas científicas. Investigación y Postgrado 2006; 21(1): 49-75.
10. Szabo C, Jair de Jesus M, Kieling C, Herrman H. The role of the World Psychiatric Association in facilitating development of psychiatric publications from low-and middle-income countries. Rev Bras Psiquiatr 2012; 34(1):12-15.
11. Veiga Díaz MT. El inglés como vehículo de la ciencia: influencia sobre la redacción y traducción de textos científicos. Actas del III Congreso Internacional de la Asociación Ibérica de Estudios de Traducción e Interpretación. La traducción del futuro: mediación lingüística y cultural en el siglo XXI. Barcelona 22-24 de marzo, 2. Barcelona: PPU; 2008.

**Pelaz Antolín, Antonio (1), Pérez Tejada, Ana (2),
Herráez Martín de Valmaseda, Clara (3),
Granada Jiménez, Olvido (4), Ruiz Sanz Francisco (5)**

(1) Psiquiatra infantil del Hospital Clínico San Carlos, Madrid. (2) Residente de psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos, Madrid. (3) Psiquiatra infantil del centro de salud mental de Chamartín, Madrid. (4) Psiquiatra infantil del hospital Virgen de la Salud, Toledo (5) Psiquiatra infantil del complejo asistencial de Palencia.

Correspondencia:

C/ Caribe 4
28027 Madrid. Spain
Teléfono: +34677537913
Mail: apelaz@gmail.com

*Estudio sobre el
temperamento y el carácter
en población infantil
diagnosticada de TDAH*

*Study on the character and
temperament in ADHD
children*

RESUMEN

Objetivo: El estudio de la personalidad infantil así como su constitución y desarrollo, ha generado la aparición de distintos modelos teóricos psicológicos. A pesar de las discrepancias entre ellos, se entienden ciertas dimensiones como nucleares y compartidas por cada marco teórico. Conocer si existen rasgos de la personalidad que sean característicos de los niños diagnosticados de TDAH y si hay diferencias entre los distintos subtipos podría contribuir a su mejor detección y orientación terapéutica.

Método: Se comparan los rasgos de personalidad (temperamento y carácter) a través del Inventario Infanto-Juvenil de Temperamento y Carácter de Cloninger en una muestra de 37 niños diagnosticados de TDAH con una muestra de 32 controles no atendidos en salud mental. La edad de la población fue de 9 a 13 años.

Resultados: Los niños con TDAH en las variables de Temperamento, son más impulsivos y menos persistentes que los niños no diagnosticados de TDAH, obteniendo una búsqueda de novedades (BN) más elevada, y una persistencia (P) más baja. Igualmente en las variables

de Carácter, tienen la autoestima más baja y se sienten menos integrados que los niños no diagnosticados de TDAH, con una autodirección (AD) más baja y la cooperación (C) más baja. Aunque se buscaron diferencias entre los subtipos de TDAH no se obtuvieron.

Conclusiones: Los niños diagnosticados de TDAH comparten unos rasgos de personalidad distintivos de la población control, sin existir diferencias entre los subtipos de TDAH. El JTIC puede contribuir a una mejor detección de niños con TDAH.

Palabras clave: Temperamento, Carácter, TDAH, Inventario Infanto-Juvenil de temperamento y Carácter

ABSTRACT

Aim: The study of children's personality, as well as its constitution and development, has spawned the emergence of different physiological theoretical models. Despite discrepancies among them, it's understood that certain central dimensions exist that are shared in every theoretical frame. Knowing whether certain personality traits that are characteristic of children who are diagnosed as having ADHD exist, and whether there are

differences among its different subtypes might contribute to superior therapeutic detection and guidance.

Method: Personality traits are compared (temperament and character) through Cloninger's Junior Temperament and Character Inventory (JTICI) in a sample of 37 children diagnosed as having ADHD (according to the diagnostic criteria of DSM-IV) with a sample of 32 non-attended controls in mental health. The age of the population range from 9 to 13 years.

Results: The children suffering ADHD are more impulsive and less persistent in the temperament dimensions than those not diagnosed as having ADHD, obtaining a higher novelty seeking (NS), and a lower persistence (P). Likewise, in the dimensions of character, they have a lower self-esteem and they feel less integrated than the children diagnosed as having ADHD, with lower self-directedness (SD) and cooperativeness (C). Albeit differences among subtypes of ADHD were sought, no one was found.

Conclusion: Children diagnosed as having ADHD share distinct personality traits from the control population, without differences among ADHD subtypes. The JTICI can contribute to a better detection of children with ADHD.

Key words: Temperament, Character, TDAH, Junior Temperament and Character Inventory

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad es una de las patologías que más se atienden en las consultas de salud mental infantil. Requiere una exploración específica del niño en cuanto a la atención y la concentración, pero también conviene conocer si estos niños tienen unos rasgos de temperamento y carácter que pudieran diferenciarlos de la población general o incluso permitir hacer distinción entre los distintos subtipos de TDAH. Siguiendo el modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger^{1,2}, buscaremos si existen diferencias en las distintas dimensiones en aquellos niños que presentan esta patología.

Cloninger describe la personalidad como un complejo sistema jerárquico que puede ser naturalmente descompuesto en distintas dimensiones psicobiológicas del temperamento y el carácter²⁻³. Este modelo integra el sustrato biológico de la personalidad con experiencias del desarrollo y socioculturales, aproximando paradigmas

biológicos, psicológicos y sociales. Está constituido por las diferencias individuales en los sistemas de adaptación que participan en la recepción, procesamiento y almacenamiento de la información sobre el entorno (aprendizaje).

El temperamento es moderadamente heredable y hace referencia a las diferencias individuales en las respuestas emocionales y en el comportamiento ante un estímulo ambiental. Se relaciona con hábitos, emociones y respuestas automáticas a experiencias. Se mantiene más o menos estable y no influenciado a lo largo de la vida. La trama temperamental integra el papel de ciertas aminas cerebrales (serotonina, dopamina, noradrenalina) en la regulación de la conducta. Incluye cuatro dimensiones:

- Búsqueda de Novedades (BN): tendencia a una intensa excitación como respuesta a estímulos nuevos que lleva a una actividad exploradora, con reacciones que pueden llegar a ser impulsivas y extravagantes.
- Evitación del Daño (ED): tendencia a responder de forma intensa ante estímulos adversos provocando una inhibición de ciertos comportamientos para evitar el castigo o situaciones nuevas y mostrar conductas de pesimismo, cansancio y timidez.
- Dependencia de la Recompensa (DR): tendencia a mantener la conducta en respuesta a señales sociales, lo que hace que un individuo se muestre sentimental, sensible y sociable.
- Persistencia (P): perseverancia a pesar de la fatiga. Es el afán por el logro, la ambición, el perfeccionismo.

El carácter, de baja heredabilidad, se refiere a los procesos cognitivos que influyen en nuestras intenciones y actitudes, y al ser influenciado por factores ambientales (sociales, culturales, familiares y biográficos), modificando el significado de lo percibido y el desarrollo de nuevas respuestas adaptativas como resultado de la reorganización de la experiencia³. Se define en términos del insight, introspección o de la reorganización de auto-conceptos. Por consiguiente el carácter puede entenderse como la forma particular de responder a los estímulos en función de los diferentes conceptos que las personas tienen de sí mismos⁴⁻⁵. Tres son las dimensiones del carácter:

- Autodirección (AD): describe el grado en que un individuo se conoce a sí mismo, seguro de él, con autodeterminación, fuerza de voluntad, autocontrol y objetivos.
- Cooperación (C): es el grado en que una persona se percibe como parte integral de una sociedad, se identifica con los demás y acepta a los otros. Se refiere a la empatía, a la compasión y a la ayuda.
- Autotranscendencia (AT): se refiere al grado en que un individuo se percibe como parte del universo. Se relaciona también con la creatividad, la imaginación y la capacidad del sujeto para aceptar la ambigüedad y la incertidumbre. Supone un razonamiento más intuitivo que analítico.

A partir de este modelo se han desarrollado instrumentos de análisis como es el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI) para adultos, cuyos 240 ítems describen las siete dimensiones con distintas subescalas^{2,3}. Su conocida fiabilidad y validez hizo pensar a los autores en la utilidad de una versión que pudiera emplearse en niños de 7 a 14 años, el Inventario Infanto-Juvenil de Temperamento y Carácter (Junior Temperament and Character Inventory-JTCI)^{6,7} cuyos 108 ítems se responden Verdadero-Falso y describe ocho dimensiones, pues la dimensión de AT del carácter se desglosa en Fantasía (ST1) y Espiritualidad (ST2)⁶. Este cuestionario ha sido validado en varios países⁷⁻⁹, incluido España¹⁰.

Existen ya diversos estudios que correlacionan rasgos de temperamento y carácter con psicopatología. Varios estudios transversales han mostrado patrones específicos de temperamento en TDAH y categorías más amplias de problemas de comportamiento^{10,11}. De forma general, los trastornos de conducta se han relacionado con puntuaciones elevadas en BN y baja ED, los trastornos internalizados con elevada ED y una baja AD con cualquier psicopatología¹³⁻¹⁴. Atendiendo a diagnósticos concretos, el trastorno bipolar aparece asociado a una elevada BN con baja P y baja AD; el trastorno obsesivo compulsivo se asocia con baja AD y las fobias en general con elevada ED; la fobia social y los síntomas depresivos y ansiosos con elevada ED y baja AD¹⁵⁻¹⁹. Los trastornos de la conducta alimentaria difieren en función del tipo: la bulimia nerviosa se caracteriza por una elevada BN con baja P, y al contrario que en anorexia nerviosa se observa una baja AD²⁰. También se ha observado que la combinación de una baja puntuación en las dimensiones

AD y C del carácter se asocia con el riesgo de presentar un trastorno de la personalidad²¹⁻²².

Considerando finalmente al TDAH, se ha observado asociado con elevada BN, baja P, baja AD y baja C11, y en adultos también se ha objetivado un patrón de temperamento con elevada BN y elevada ED^{12,23,24}. A su vez, los niños con este trastorno parecen tener una peor autopercepción de las propias capacidades (intelectuales, deportivas, aspecto físico y aceptación social) con respecto a los niños de la misma edad²⁵. La severidad del TDAH así como una baja AD también se vinculan con un perfil disregulador objetivado según el cuestionario de evaluación del comportamiento del niño (CBCL)²⁶.

Por último, una mayor historia de agresividad en el adulto se ha encontrado asociada a la faceta de hiperactividad del TDAH, a la existencia de trastornos de conducta en la infancia, al consumo de sustancias y a bajas puntuaciones en C²⁷.

OBJETIVOS

El estudio transversal de los rasgos de personalidad a través del Inventario Infanto-Juvenil de Temperamento y Carácter de Cloninger (Junior Temperament and Character Inventory-JTCI) en una muestra de niños diagnosticados de TDAH comparados con una muestra de controles no atendidos en salud mental, con el fin de determinar si existen rasgos de la personalidad que sean característicos de los niños diagnosticados de TDAH y si hay diferencias entre los distintos subtipos.

MATERIAL Y METODOS

Descripción de la muestra

La muestra de casos fue reclutada de la consulta ambulatoria de tres centros de salud mental infanto-juvenil de Madrid, Toledo y Palencia.

La muestra está compuesta por 37 niños diagnosticados de TDAH (16 subtipo inatento y 21 subtipo combinado), siendo la edad media de 10,65 años. El 73 % eran niños y el 27% niñas. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: (1) diagnóstico de TDAH según los criterios descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta revisión (DSM-IV), confirmado mediante una entrevista semiestructurada; (2) edad entre 9 y 13 años; (3) la población acude por primera vez a un centro de salud mental entre octubre de 2008 y enero de 2009. Los criterios de exclusión fueron: (1) presentar otro trastorno psiquiátrico comórbido; (2)

realizar tratamiento farmacológico.

La muestra de controles la conforman 32 niños de entre 9 y 13 años (siendo la edad media de 10,5 años) procedentes de las consultas de atención primaria de un área sanitaria de Madrid, que consultaron en el mismo período y que nunca habían sido derivados a salud mental. El 31% eran niños y el 69% niñas.

Los padres recibieron información y aceptaron el consentimiento informado para el siguiente estudio.

Pruebas aplicadas

A todos ellos se les aplica la versión española del Inventario Infanto-Juvenil de Temperamento y Carácter de Cloninger (Junior Temperament and Character Inventory- JTICI).^{1,2,3,4}

Pruebas estadísticas

Se ha empleado la *t* de Student para la comparación de medias entre los dos subgrupos de niños diagnosticados de TDAH y entre el grupo de niños TDAH y los controles ($p < 0.05$). El programa utilizado ha sido el SPSS.

En un primer paso se analiza la existencia de diferencias entre las dimensiones del temperamento y del carácter entre los subtipos inatento y combinado del TDAH. En un segundo paso se analiza la existencia de diferencias en cuanto a estas dimensiones entre la muestra total de niños diagnosticados de TDAH con los controles.

RESULTADOS

En el subtipo inatento se obtuvieron las siguientes puntuaciones medias en las dimensiones de temperamento: Búsqueda de Novedades (BN) 7.94, Evitación del Daño (ED) 9.69, Dependencia de la Recompensa (DR) 4.06, Persistencia (P) 2.94. Y en las dimensiones del carácter: Autodirección (AD) 11.44, Cooperación (C) 15.5, Fantasía (F) 1.63, Espiritualidad (E) 2.69. (Gráfico 1)

El subtipo combinado presentó las siguientes puntuaciones: BN 9.86, ED 8.76, DR 4.52, P 2.24, AD 10.76, C 14.24, F 1.00, E 2.43.

La muestra total de TDAH (inatentos y combinados) presentó las siguientes puntuaciones: BN 9.03, ED 9.16, DR 4.32, P 2.54, AD 11.05, C 14.78, F 1.27, E 2.54.

El grupo control puntuó del siguiente modo en las distintas dimensiones: BN 5.44, ED 8.75, DR 5.06, P 4.44, AD 14.78, C 17.28, F 1.00, E 2.66. (Gráfico 1)

El estudio de los perfiles del JTICI en pacientes con TDAH no reveló diferencias estadísticamente signifi-

cativas ($p < 0.05$) en la comparación de las puntuaciones medias de ninguna de las dimensiones de temperamento y carácter entre los dos subtipos de TDAH. (Gráfico 2)

Sí se obtuvieron diferencias al comparar las puntuaciones medias del JTICI entre el grupo de casos (TDAH inatentos y combinados) y el grupo control: se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en ambos ítems: carácter y temperamento. Los pacientes con TDAH muestran un temperamento con mayor puntuación en BN y menor puntuación en P. Para las dimensiones del carácter se encontraron puntuaciones menores en AD y C. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al resto de dimensiones de la personalidad. (Gráfico 3)

DISCUSIÓN

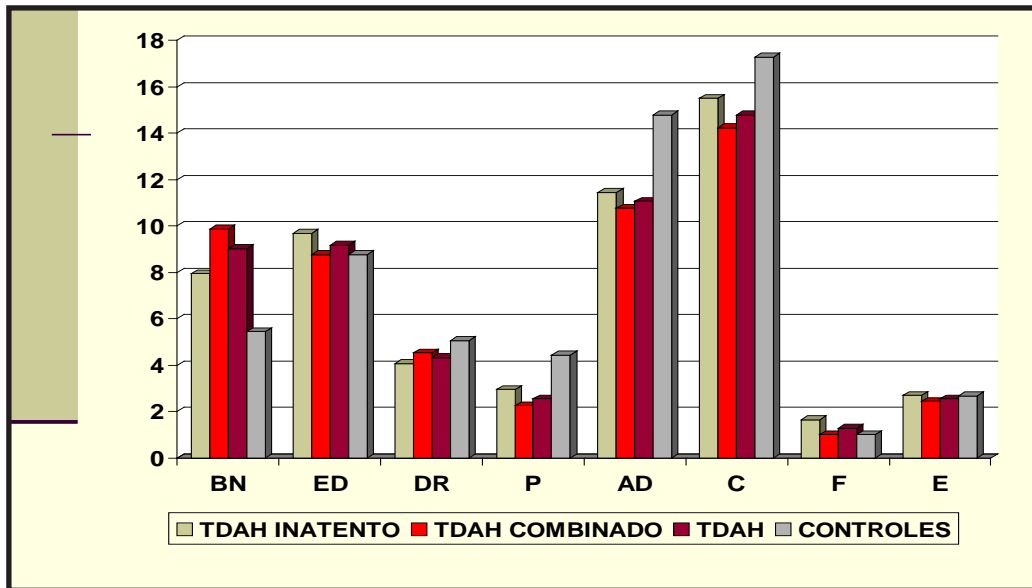
En comparación con los controles, los niños de la muestra clínica diagnosticados de TDAH mostraron mayor BN y menor P, lo que implica un aumento de la actividad exploradora en respuesta a novedad, toma impulsiva de decisiones y evitación activa de la frustración²⁸, junto con pobre constancia en el comportamiento. Este perfil observado a través del JTICI coincide con los hallazgos encontrados en otros estudios previos²⁹. Resulta interesante a su vez, que en estudios de niños con TDAH cuyo único grupo consistía predominantemente en niños con el subtipo inatento (TDA), no se encontrara ninguna asociación entre el TDA y una mayor BN²⁹. En el estudio presente no aparecen diferencias significativas en BN ni en ninguna otra dimensión de la personalidad entre los dos grupos de subtipos de TDAH, influido en gran medida por la baja población de las muestras seleccionadas. Sería necesario un estudio con mayores tamaños muestrales para corroborar esta hipótesis y otras probables.

En el modelo de Cloninger, la baja persistencia se relaciona con pobre sensibilidad a la gratificación retardada, lo que se evidencia en otros estudios realizados, en los cuales además de una alta BN y baja P, también se observa una baja DR²⁹.

Asimismo, la baja persistencia también muestra similitudes con el concepto de aversión al retraso basado en el enfoque neuropsicológico del TDAH, y que se relaciona con los déficits emocionales²⁹.

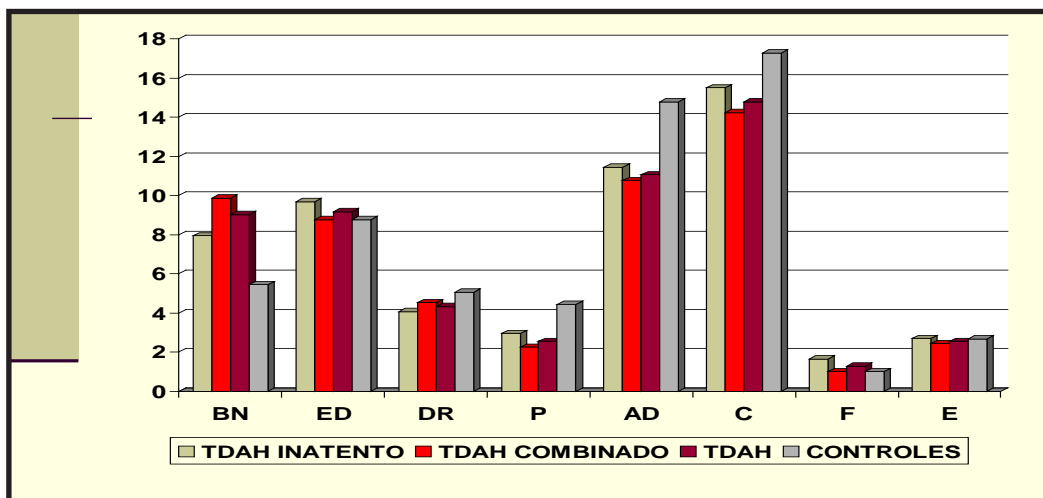
La Búsqueda de novedades se ha relacionado con neurotransmisores monoaminérgicos, sobretudo adrenérgicos y dopaminérgicos (vías dopaminérgicas desde el mesencéfalo hasta el cortex frontal). La persistencia se

Gráfico 1. Puntuaciones medias de cada una de las dimensiones de la personalidad en los tres subgrupos estudiados (TDAH inatento, TDAH combinado, controles).



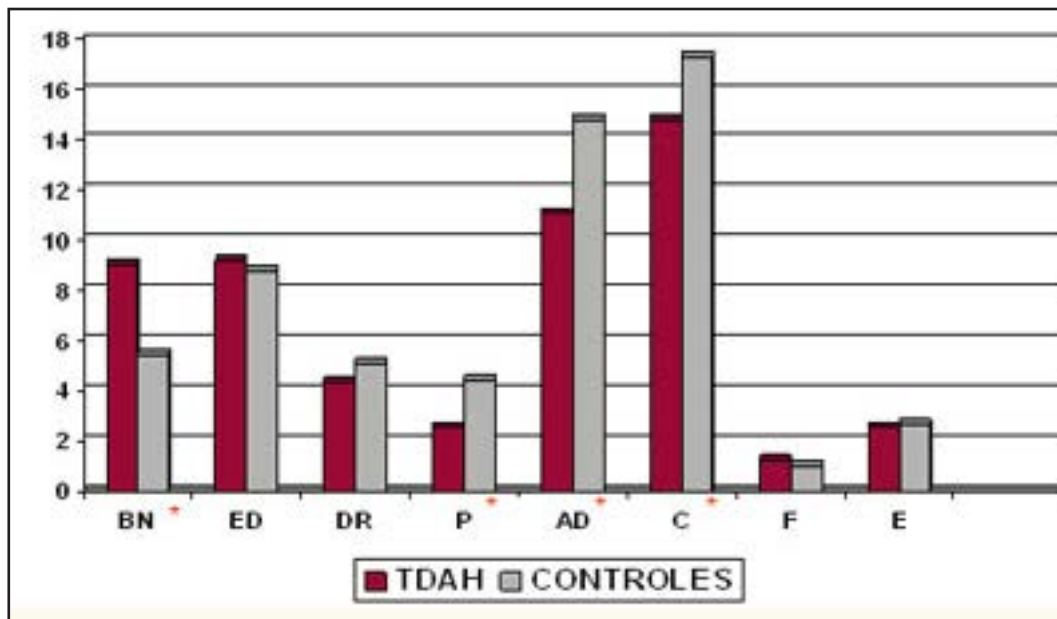
p<0.05

Gráfico 2. Comparación de las puntuaciones medias de las dimensiones de la personalidad en los subgrupos de TDAH inatento y TDAH combinado. Inexistencia de diferencias significativas entre los subtipos de TDAH.



p<0.05

Gráfico 3. Comparación entre las puntuaciones medias de las dimensiones de la personalidad en los subgrupos de TDAH (inatento y TDAH combinado) y controles. Existencia de diferencias significativas.



* Diferencias estadísticamente significativas $p < 0.05$

caracteriza por perseverancia a pesar de la fatiga. Los individuos más persistentes son impacientes, ambiciosos y resisten a pesar de la finalización de una recompensa intermitente. Se ha señalado como sustrato neuronal relacionado con estas funciones al núcleo acumbens³⁰ y sus conexiones límbicas, así como las vías ascendentes noradrenérgicas³¹. Todos estos hallazgos sugieren investigaciones de endofenotipos en el TDAH en esa línea, la que Cloninger ya propuso inicialmente en su modelo, en el cual describía rasgos del temperamento como asociados individualmente a ciertas estructuras cerebrales y sistemas de neurotransmisión^{32,33}.

El perfil del carácter de los pacientes con TDAH aparece constituido por bajas puntuaciones en AD y C, coincidiendo también con el resultado obtenido en estudios previos²⁹, y que indica una falta local de maduración personal y social en comparación con el grupo control, traducándose en baja autoestima, fuerza de voluntad y capacidad de autocontrol. Dado que el carácter del individuo se ve influido en gran medida por el ambiente (factores sociales, culturales, familiares y biográficos), la inclusión de estas variables en el estudio hubiera sido de

gran interés para describir una etiopatogenia más detallada y determinar qué acciones pudieran modificar ciertos factores para mejorar el pronóstico del TDAH.

La baja autodirección es una dimensión que también se relaciona con los trastornos de personalidad y que se encuentra presente en un amplio espectro de condiciones psicopatológicas, pudiendo reflejar déficits de primer orden en los mecanismos de regulación (top-down), como son la regulación del esfuerzo y del funcionamiento ejecutivo³⁴. En otros estudios se ha observado que aquellos niños del grupo control que poseen rasgos relacionados con el TDAH tales como síntomas externalizadores o problemas de atención, también mostraron una correlación negativa con la AD²⁹.

Los hallazgos de este estudio son consistentes con los estudios previos en muestras culturalmente distintas, así como con otros estudios que usan distintos enfoques y modelos del temperamento y personalidad en niños y adolescentes^{29,35}.

Se confirma también la validez del uso de el JTCI para la detección y estudio de la personalidad de los niños diagnosticados de TDAH, habiendo sido validado en otras

publicaciones para el análisis de las dimensiones del temperamento y del carácter en otros trastornos psiquiátricos^{29,35}.

Atendiendo a los límites de tamaño y selección de la muestra en cuanto al género de los participantes (grupo de casos compuesto por un 73% de niños, y grupo de controles compuesto por un 69% de niñas), el análisis del resultado debería interpretarse atendiendo a la posible influencia de un factor de confusión (debido al género de los participantes), si bien es cierto que los resultados hallados coinciden con los obtenidos en otros estudios que sí atendieron a esa variable.

CONCLUSIONES

- Los niños diagnosticados de TDAH son más impulsivos y menos persistentes que los niños no diagnosticados de TDAH (BN más elevada, P más baja).
- Los niños con TDAH tienen el autoestima más baja y se sienten menos integrados que los niños no diagnosticados de TDAH (AD y C más baja).
- El JTCI puede contribuir a una mejor detección de niños con TDAH.

BIBLIOGRAFIA

1. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychol Rep* 1991; 69 (3 Pt 1): 1047-57.
2. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 975-90.
3. Cloninger, CR. A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1999; 33: 174-186.
4. Cloninger, R, Przybeck T, Svrakic D, Wetzel R. The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. Center of Psychobiology of Personality. St. Louis, Missouri: Washington University; 1994.
5. Cloninger R, Bayon C, Svrakic D. Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *Journal of Affective Disorders* 1998; 51: 21-32.
6. Lyoo IK, Han CH, Yune SK, Ha JH, Chung SJ, Choi H, et al. The reliability and validity of the

Junior Temperament and Character Inventory. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 121-8.

7. Luby JL, Svrakic DM. The Junior Temperament and Character Inventory: Preliminary validation of a child self-report measure. *Psychol Rep* 1999; 84: 1127-38.
8. Schmeck K, Goth K, Poustka P, Cloninger RC. Reliability and validity of the Junior Temperament and Character Inventory. *Int J Methods Psychiatr Res* 2001; 10: 172-82.
9. Hee Jeong Yoo, Minjeong Kim, et al. Biogenetic Temperament and Character and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Korean Children. *Psychopathology* 2006; 39: 25-31.
10. Pelaz A, Bayón C, Fernández A, Rodríguez P. Inventario Infanto-Juvenil de Temperamento y Carácter. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil* 2010; 4: 319-330.
11. Pelaz A, Valdivia MF, Ruiz F, Sanz, et al. Temperamento, carácter y psicopatología. Un estudio preliminar de casos y controles. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil* 2012; 4: 23-27.
12. Downey KK, Pomerleau Cs, Pomerleau OF. Personality differences related to smoking and adult attention deficit hyperactivity disorder. *J Subst. Abuse* 1996; 8: 129-135.
13. Kim SJ, Lee SJ, Yune SK, Sung YH, Bae SC, et al. The relationship between the biogenetic temperament and character and psychopathology in adolescents. *Psychopathology* 2006; 39 (2): 80-6.
14. Schmeck K, Poustka F. Temperament and disruptive behavior disorders. *Psychopathology* 2001 May-Jun; 34 (3): 159-63.
15. Cho SC, Kim BN, Kim JW, Rohde LA, et al. Full syndrome and subthreshold attention-deficit/hyperactivity disorder in a Korean community sample: Comorbidity and temperament findings. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2009; 18 (7): 447-457.
16. Cho SC, Hwang JW, Lyoo IK, Yoo HJ, Kim BN, Kim JW. Patterns of temperament and character in a clinical sample of Korean children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62 (2): 160-6.
17. Cho SC, Jung SW, Kim BN, Hwang JW, et al. Temperament and character among Korean children and adolescents with anxiety disorders. *Eu-*

- ropean Child and Adolescent Psychiatry 2009; 18 (1): 60-64.
18. Yoo HJ, Kim M, Ha JH, Chung A, Sim ME, et al. Biogenetic temperament and character and attention deficit hyperactivity disorder in Korean children. *Psychopathology* 2006; 39 (1): 25-31.
 19. Tillman R, Geller B, Craney JL, Bolhofner K, Williams M, et al. Temperament and character factors in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention deficit hyperactive and normal controls. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003; 13 (4): 531-43.
 20. Hueg A, Resch F, Haffner J, Poustka L, Parzer P, Brunner R. Temperament and character profiles of female adolescent patients with anorexia and bulimia nervosa. *Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2006; 34 (2): 127-37.
 21. Rettew DC, Copeland W, Stanger C, Hudziak JJ. Associations between temperament and DSM-IV externalizing disorders in children and adolescents. *J Dev Behav Pediatr* 2004; 25: 383-91.
 22. Watson D, Kotov R, Gamez W. Basic dimensions of temperament in relation to personality and psychopathology. In: Krueger RF, Tackett JL, editors. *Personality and psychopathology*. New York: Guilford Press; 2006. p. 7-38.
 23. Anckarsater H, Stahlberg O, Larson T, Hakansson C, Jutblad SB, Niklasson L, et al. The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1239-44.
 24. Jacob CP, Romanos J, Dempfle A, Heine M, Windemuth-Kieselbach C, Kruse A, et al. Co-morbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257: 309-17.
 25. Maia C, Guardiano M, Viana V, Almeida JP, Guimarães MJ. Self-perception in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Med Port* 2011; 24 Suppl 2: 493-502.
 26. Peyre H, Speranza M, Cortese S, Wohl M, Purper-Ouakil D. Do ADHD Children With and Without Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile Have Different Clinical Characteristics, Cognitive Features, and Treatment Outcomes? *J Atten Disord* 2012.
 27. Hofvander B, Ståhlberg O, Nydén A, Wentz E, degl'Innocenti A, et al. Life History of Aggression scores are predicted by childhood hyperactivity, conduct disorder, adult substance abuse, and low cooperativeness in adult psychiatric patients. *Psychiatry Res* 2011; 185 (1-2): 280-5.
 28. Pedersen CA. Biological aspects of social bonding and the roots of human violence. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1036: 106-27.
 29. Ouakila DP, Cortese S, Wohl M, Aubron V, Orejarena S, et al. Temperament and character dimensions associated with clinical characteristics and treatment outcome in attention-deficit/hyperactivity disorder boys. *Comprehensive Psychiatry* 2010; 51: 286-292.
 30. Yee BK. Cytotoxic lesions of the medial prefrontal cortex abolishes the partial reinforcement extinction effect, attenuates prepulse inhibition of the acoustic startle reflex and induces transient hyperlocomotion, while sparing spontaneous object recognition memory in the rat. *Neuroscience* 2000; 95: 675-89.
 31. Owen S, Boarder MR, Gray JA, Fillenz M. Acquisition and extinction of continuously and partially reinforced running in rats with lesions of the dorsal noradrenergic bundle. *Behav Brain Res* 1982; 5: 11-41.
 32. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 573-88.
 33. Cloninger CR. Temperament and personality. *Curr Opin Neurobiol* 1994; 4: 266-73.
 34. Martel MM, Nigg JT, von Eye A. How do trait dimensions map onto ADHD symptom domains? *J Abnorm Child Psychol* 2009; 37: 363-73.
 35. Pitzera M, Esserb G, Schmidta MH, Lauchta M. Temperament in the developmental course: a longitudinal comparison of New York Longitudinal Study-derived dimensions with the Junior Temperament and Character Inventory. *Comprehensive Psychiatry* 2007; 48: 572-582.

Lucía Varela Reboiras¹, María Tajés Alonso², María Dolores Domínguez Santos², José Alfredo Mazaira Castro³.

¹.Médico residente psiquiatría. Servicio de psiquiatría.

².Facultativo especialista de área. Servicio de psiquiatría.

³.Coordinador Unidad salud Mental Infanto juvenil. Servicio de psiquiatría.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Correspondencia:

Lucía Varela Reboiras.

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario

Universitario de Santiago de Compostela. C/

Choupana s/n. Santiago de Compostela. 15706. A

Coruña.

Un caso de trastorno obsesivo-compulsivo familiar

A case of familiar obsessive-compulsive disorder

RESUMEN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por pensamientos recurrentes y persistentes (obsesiones) y comportamientos o actos mentales repetitivos (compulsiones)¹. La causa exacta del TOC es aún desconocida¹. La evidencia de estudios familiares, individuales y de segregación apoya el papel de un componente genético en la etiología del TOC¹. Pero la comorbilidad también es importante en este trastorno² y, a veces, pasa desapercibido³, por lo que presentamos un caso clínico, en el que se deriva a consulta de salud mental, un paciente con sospecha de trastorno somatomorfo, que resulta presentar un trastorno obsesivo-compulsivo con, además, gran agregación familiar.

Palabras clave: trastorno obsesivo compulsivo; componente genético; comorbilidad.

ABSTRACT

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by recurrent and persistent thoughts (obsessions), and repetitive behaviors or mental acts (compulsions)¹. The exact cause of OCD is still unknown¹. Evidence from familial, twin and segregation studies supports the

role of a genetic component in the etiology of OCD¹. But comorbidity² is also important in this disorder and sometimes it goes unnoticed³. We present a case in which a patient is referred to our mental health service with the suspicion of a somatoform disorder complicated with an obsessive-compulsive disorder, also with high familial aggregation.

Key words: obsessive compulsive disorder; genetic component; comorbidity.

INTRODUCCIÓN

El TOC es un trastorno común a lo largo de la vida³. Encuestas comunitarias han identificado consistentemente una prevalencia que oscila entre el 1-2%, pero la enfermedad es poco reconocida y sólo una minoría de los casos reciben tratamiento precoz³. Si no se trata, el TOC por lo general sigue un curso crónico, fluctuando en intensidad, pero rara vez remitiendo por completo³.

Desde los primeros años del siglo XX, los médicos han sospechado que la herencia juega un papel importante en el desarrollo del TOC¹. Los estudios familiares informan de tasas de prevalencia de 7 % a 15 % en familiares de primer grado de los probandos niños y adolescentes con TOC¹. Estos resultados son consistentes con los informes

de un aumento de la carga familiar en los probandos con la edad temprana de inicio¹.

De acuerdo con la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), para el diagnóstico de TOC, las obsesiones (ideas persistentes, pensamientos, impulsos o imágenes que inapropiadamente se entrometen en la conciencia y que causan angustia o ansiedad) o compulsiones (comportamientos repetitivos no deseados o actos mentales cuyo objetivo es prevenir o reducir la ansiedad o la angustia, pero no proporcionar placer o gratificación) deben estar presentes, reconocidas como irrazonables o excesivas (aunque esto último puede no ser aplicable en los niños), y se asocian con angustia, consumo de tiempo, e interferencia con el funcionamiento social o individual del paciente⁴.

La comorbilidad entre el TOC y otros trastornos mentales como la depresión, ansiedad, abuso de drogas y alcohol y trastornos de la alimentación es común, y el TOC a menudo se pierde o se diagnostica mal³. Por otro lado, algunos estudios clínicos y poblacionales han encontrado que la concurrencia de algunos tipos de trastornos somatomorfos (por ejemplo, trastorno de somatización) y los trastornos de ansiedad y depresivos es común⁵. Estos hallazgos pueden sugerir bien una relación causal entre estos trastornos o bien que compartan algunos factores etiológicos. En todo caso muestran que la evidencia empírica acumulada es demasiado escasa y limitada para llegar a conclusiones firmes sobre los patrones de asociación entre los trastornos somatomorfos y los trastornos de ansiedad y depresivos⁵.

Otro ejemplo de trastorno comórbido con TOC es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), que se ha validado a través de análisis de segregación³.

CASO CLÍNICO

Solicitan valoración de paciente derivado a consultas de Salud Mental Infanto-Juvenil (SMI-J) desde planta de hospitalización pediátrica, donde estuvo ingresado por sospecha de ataxia, con diagnóstico al alta de trastorno por somatización.

Se trata de un varón de 10 años de edad, que convive con su madre, hermano gemelo y otro hermano de 15 años. Actualmente repite 4º curso de Educación Primaria (E.P.).

Patobiografía: embarazo gemelar, con riesgo de parto prematuro a partir del 7º mes, parto vaginal a término.

Síndrome de aspiración meconial, que requiere de ingreso. Bronquiolitis en el primer mes de vida. Luxación de cadera corregida quirúrgicamente al 4º mes. Lactancia materna hasta los 2,5 años. Bebé tranquilo, aunque sufre cólicos ocasionales. Introducción de la alimentación sin problemas. Inicio normal del lenguaje, con apoyo logopédico por dislalia para “r”. Deambulación con normalidad, con gateo previo. No acude a guardería. A los 3 años comienza escolarización infantil, con pequeños problemas de adaptación al principio (llora), y llama a la atención en esta época que siempre quisiese ir con el mismo chaquetón y poner el mismo mandilón en clase, igual que su gemelo. Ocasionalmente presenta conductas enuréticas nocturnas.

A los 6 años inicia la E.P.; bajo rendimiento académico desde el tercero de primaria, repitiendo 4º. Coincidiendo con ello (desde los 8 años) comienzan a florecer muchas “manías”, tanto en el paciente como en su gemelo, que pueden ir cambiando de tipo al cabo de unos meses, siendo más notorias en domicilio, con pobre interferencia en su trabajo en la escuela o actividades lúdicas. Estas conductas se exacerban de forma notoria al inicio del curso escolar con disminución en periodos vacacionales.

Antecedentes personales somáticos: asma leve intermitente, sensibilidad a ácaros. Dolor abdominal frecuente en cuyo estudio presentó coprocultivos positivos a *Blastocystis hominis*, *Dientamoeba fragilis* y *Campylobacter jejuni*, tratados con metronidazol y azitromicina. No recibe tratamiento crónico.

Antecedentes familiares somáticos: linfoma de Hodgkin en padre. Hiperreactividad bronquial, alergia a los ácaros, dermatitis atópica y reflujo gastroesofágico en hermano gemelo.

Antecedentes personales psiquiátricos: no contacto psiquiátrico ni psicológico previo.

Antecedentes familiares psiquiátricos: conductas de acumulación en padre; conductas compulsivas en la infancia en madre; sintomatología obsesiva en infancia en tía materna; hermano gemelo con la misma clínica; compulsiones de lavado/limpieza en hermano de 15 años desde hace un año.

Enfermedad actual: un mes antes de la derivación a SMI-J, el paciente presentó un cuadro clínico de dos semanas de evolución caracterizado por dolor epigástrico, tipo cólico, acompañado de sensación nauseosa y de debilidad en piernas, y cambios en el hábito intestinal, por lo que ingresó en el Servicio de Pediatría. Se realizó

analítica de sangre con hemograma y bioquímica, mono test, análisis de líquido cefalorraquídeo, tóxicos en orina y tomografía computarizada craneal sin hallazgos y se mantuvo en observación. Durante su estancia hospitalaria presentó un buen estado general, con mejoría, no presentando alteraciones en la exploración neurológica. Tras descartar patología orgánica, se procedió al alta, con diagnóstico de cuadro de inestabilidad sin evidencia de patología aguda y posible somatización.

La madre refiere episodios de fatiga intensa, de unos días de evolución, en años anteriores, sobre todo en verano u otoño, historia de dolores abdominales exacerbados en periodo escolar, y destaca las conductas compulsivas de sus hijos gemelos, que presentan de manera marcada desde hace 2 años y que se exacerbaban al comenzar el colegio, aunque no interfirieran en éste.

Exploración psicopatológica: No presenta estigmas físicos, eutímico. Inquietud psicomotriz marcada. No tics ni estereotipias. Lenguaje fluido, con ceceo, aunque parco, tendente a las respuestas evasivas y monosilábicas. Sin labilidad emocional, colaborador, no datos de oposicionismo. Sin signos neurovegetativos de ansiedad. Sin verbalizaciones de contenido delirante. Compulsiones. Sin ideación de muerte ni autolisis. Sueño y apetito conservados.

Escalas aplicadas: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): presenta los síntomas de lavado de manos ritualizado (meter las manos bajo el grifo de agua, sin frotar, ni secar posteriormente, varias veces al día, al tocar ciertas cosas); compulsiones de guardar (juguetes, dientes caídos, restos de cabello al cortarlo, mascota muerta, utensilios domésticos rotos); rituales que involucran a otras personas (pedirle a la madre que conteste repetidamente la misma pregunta: "¿no te vas a morir, verdad?", que le limpie varias veces después de defecar), necesidad de tocar ciertas cosas, necesidad de decir "pedo" hasta quedarse dormido, necesidad de decir "pedo", al echarlo, y abanicar la manos durante un momento (los dos gemelos a la vez). Tiempo ocupado en la realización de conductas compulsivas: moderado; intervalo libre de compulsiones: intervalos moderadamente largos; interferencia debida a las conductas compulsivas: ninguna; malestar asociado a conducta compulsiva: leve; resistencia en contra de las compulsiones: cede a todas; grado de control sobre las conductas compulsivas: no control. Puntuación total: 13.

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders

versión padres: 25 puntos (punto de corte para trastorno de ansiedad).

Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale-IV-versión profesores: déficit de atención entre percentil 50-75, hiperactividad en percentil inferior a 50, total en percentil menor a 50.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale-IV-versión padres: déficit de atención entre percentil 50-75, hiperactividad en percentil 85, total en percentil 75.

Se establece el juicio clínico de trastorno obsesivo-compulsivo (F42.8, CIE-10). Se realiza intervención psicoeducativa, así como entrenamiento en prevención de respuesta. Iniciamos coordinación con centro académico de cara a evaluar competencias, áreas deficitarias y dar apoyo individualizado para disminuir el nivel de estrés percibido.

DISCUSIÓN

En una amplia muestra de familias con afectación múltiple, se identificaron tres clases de TOC: simple, relacionado con tics y relacionado con afectividad². Estas clases sugieren que la concurrencia de otros trastornos psiquiátricos con TOC pueden ser indicativos de los diferentes subgrupos fenotípicos². Es posible que unir o más de los subtipos de TOC anteriores represente un grupo genético más homogéneo produciendo una mayor capacidad de detectar la variación genética relevante para el trastorno².

Además de por las características de subtipos clínicos individuales, puede ser fructífero el subtipo basado en grupos de síntomas². Varios estudios encontraron cuatro dimensiones de los síntomas del TOC utilizando diferentes enfoques estadísticos sobre los datos recogidos con la lista de síntomas Y-BOCS: obsesiones agresivas/sexuales/religiosas; contaminación/limpieza; simetría/orden y acumulación². Estas dimensiones fueron diferencialmente asociadas con la aparición de los síntomas, la capacidad de respuesta de tratamiento, y diagnósticos comórbidos, así como la magnitud de la correlación hermano-hermano, siendo la dimensión de acumulación la más familiar². Varios grupos han informado de que los sujetos con TOC y conductas de acumulación son clínicamente distintos de otros individuos con TOC². En un estudio a gran escala de la acumulación en los pacientes con TOC, estos eran más propensos a tener obsesiones de simetría y cálculo, orden y compulsiones de repetición⁵. También fueron más propensos a tener una mayor grave-

dad de la enfermedad, más dificultad para iniciar y completar tareas, y problemas con la indecisión⁵. Actualmente, la acumulación, ya está incluida en el DSM-V como un trastorno independiente, que a veces es comórbido con el TOC⁶.

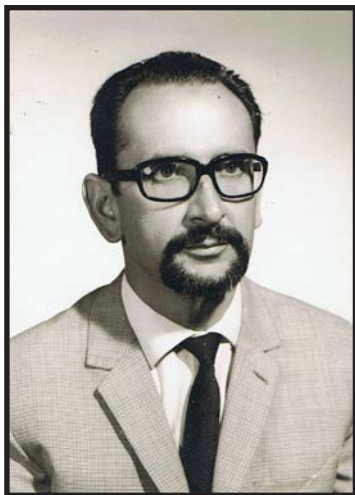
BIBLIOGRAFÍA

1. Nestadt G, Grados M, Samuels JF. Genetics of Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33 (1): 141–158. doi: 10.1016/j.psc.2009.11.001.
2. Murphy DL, Timpano KR, Wheaton MG, Greenberg BD, Miguel EC. Obsessive-compulsive disorder and its related disorders: a reappraisal of obsessive-compulsive spectrum concepts. 2010; 12 (2): 131-48.
3. Fineberg NA, Bangalore RB, Moberg J, and O'Doherty C. Clinical Screening for Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2008; 45 (3): 151–163.
4. Organización Mundial de la Salud: Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Tercera reimpresión de la primera edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2008.
5. Lieb R, Meinlschmidt G, Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosomatic Medicine.* 2007; 69:860–863. doi: 10.1097/psy.0b013e31815b0103
6. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

NECROLÓGICA DR. DIEGO GUTIÉRREZ GÓMEZ

74

Recientemente fallecía en Madrid, a los 90 años de edad, el Doctor Diego Gutiérrez Gómez, uno de los últimos representantes de la generación pionera en el desarrollo de la paidopsiquiatría española. Madrileño del castizo barrio de la Bombilla, aunque de origen cántabro, sus inicios en la profesión tuvieron lugar en Marruecos, donde ejerció la medicina interna en circunstancias difíciles propias de la época, con escasos medios materiales y enorme mérito personal. Se especializó en Neurología y Psiquiatría y pronto centró su



atención en la psiquiatría infantil, que ejerció con brillantez durante más de sesenta años. En aquellos primeros años enseguida nos unieron los maestros y amigos comunes, como Jerónimo de Moragas, Obrador, Folch-Camarasa, y Mendiguchía. Fue uno de los miembros fundadores de la actual Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, donde dejó buena prueba de su talento y quehacer con notables aportaciones científicas. Fue Vicepresidente de la Asociación Española y, también, durante muchos años, Jefe de Psiquiatría Infantil del Hospital del Rey, realizando una labor clínica muy destacada. Su amplia cultura y vocación humanista le llevó, asimismo, a participar activamente en la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas, ocupando responsabilidades centrales en su Junta Directiva. Fruto de esta notable inquietud por las letras son sus ensayos y relatos, así como un libro singular “Los tranvías de Madrid”, ex-

celente y amenísima monografía histórica de los inicios de la movilidad urbana eléctrica en el Madrid de inicios del pasado siglo, dedicado a su padre, jefe de estación.

Pero ante todo, el Dr. Diego Gutiérrez Gómez fue un médico extraordinario, un psiquiatra siempre atento a la alteración clínica de sus pacientes, consciente de que la disposición médica es permanente hacia el otro, que, en su caso, era la parte más frágil y genuina del ser humano, la infancia. Su mujer Isabel, fue un apoyo decisivo a lo largo de toda su vida, que se enriqueció con sus hijos, Carlos, Maribel y Paloma.

*Dr. Vicente López-Ibor Camós
Presidente de Honor de la Asociación Española del Niño y del Adolescente*

Psicopatología y tests gráficos

P. Barbosa Colomer. Herder Editorial: 2013.

408 págs.

Este libro es el resultado del recorrido docente y clínico de su autor, sobre todo en el ámbito de la psicoterapia psicoanalítica y de las técnicas proyectivas. Con referencia a “Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas, de Elsa Grassano de Piccolo, y a la teoría psicoanalítica de Melanie Klein, el autor ha desarrollado un trabajo dirigido tanto a profesionales interesados en las técnicas proyectivas como a estudiantes.

Tras realizar un encuadre nosográfico teórico de las grandes organizaciones psicopatológicas, prosigue la obra mostrando los indicadores que permiten establecer su diagnóstico diferencial, para finalmente presentar las aportaciones personales del autor en torno a algunos rasgos específicos de las pruebas gráficas proyectivas, y en especial los Tests del árbol y de la casa.

Explaining abnormal behavior. A Cognitive Neuroscience perspective.

B.F. Pennington. Guilford Press: New York; 2014. 272 págs.

Este volumen, de fácil lectura, describe cómo las ciencias cognitivas están modificando la forma de pensar

las conductas anormales, tanto en la clínica como en investigación. El autor conjuga los conocimientos de disciplinas diversas para identificar las relaciones entre distintos trastornos psiquiátricos, neurológicos y del desarrollo que raramente se estudian juntos, bajo una luz común. A través de los conocimientos más actuales acerca de los sistemas cerebrales implicados en dominios clave del funcionamiento neuropsicológico, en el libro se desarrollan trastornos como la afasia y la amnesia, la esquizofrenia, depresión, dislexia, autismo, y las discapacidades intelectuales. Igualmente, describe cómo el análisis de las relaciones, normales y anormales, entre cerebro y conducta, pueden contribuir a una explicación neural del “yo” y la conciencia.

Óscar Herreros

oherreros@gmail.com

Nota para Editoriales: aquellos libros cuya revisión y reseña sean de su interés, deben remitirse a la dirección de la Secretaría de Redacción, indicada al inicio de cada número de la revista.

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, direccion.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 presentará 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, aun-

que 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 AEP-NYA 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. Están 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 (en forma de superíndice sin paréntesis) 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 dispone 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 modern 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 (Tsytoch 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 (WE-APAS)* [en línea]. Rev. 1.4. <http://www.beadsland.com/we-apas> [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 presenta

do 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 recibo 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 informes 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 propuestos. 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

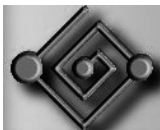
las imágenes del mismo. Del mismo modo, los autores deberán declarar que han seguido los protocolos establecidos por sus respectivos centros sanitarios para acceder a los datos de las historias clínicas con el objeto de realizar este tipo de publicación con finalidad de investigación/divulgación para 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

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 90 €
ESTUDIANTES/MIRES 60 €
EXTRANJERO 180 \$

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

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