

ARTÍCULO DE REVISIÓN

**Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y nuevas tecnologías**

*K. Tajima Pozo, F. Montañes Rada* ..... **7**

ARTÍCULO ORIGINAL

**Procesos atencionales en pacientes escolares con TDAH**

*I. Saco-Lorenzo, A. Sánchez-Raya, V. Sánchez-Vázquez y E. Martínez-Gual* ..... 14

CASOS CLÍNICOS

**Eficacia del tratamiento con metilfenidato en la pica comórbida con TDAH. a propósito de un caso**

*I. Sánchez Lorenzo, O. Oviedo De Lucas, J. Manzano Alonso* ..... 25

**Trastorno de identidad disociativo: a propósito de un caso**

*Vi. Basterra Gortari, R. Ruiz Ruiz, N. Pereda Eusa* ..... **31**

**Un caso de trastorno de la conducta alimentaria en la infancia**

*J. L. Pérez Méndez, J. Rodríguez Olalla, J. I. Suárez Soto* ..... **37**

**Fobia a la alimentación oral tras alimentación parenteral: tratamiento de un niño de 30 meses**

*R. Conde-García, A.R. González-Barroso, S. Herrera-Rodríguez, S. Álvarez-Fernández* ..... **40**

RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 44

FE DE ERRATAS ..... 46

TRABAJOS PREMIADOS ..... 49

NORMAS DE PUBLICACIÓN ..... **50**

ANUNCIO  
CONCERTA



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](mailto: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](mailto: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 2013

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

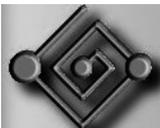
Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta  
publicación puede ser reproducida, transmitida en  
ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico,  
incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier siste-  
ma de recuperación de almacenaje de información sin la  
autorización por escrito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

Nombre del titular de la cuenta .....  
Banco ..... C/C N° .....  
Caja de ahorros ..... C/C N° .....  
Sucursal ..... Calle ..... N° .....  
Cód. Postal ..... Población .....  
Provincia ..... Teléfono .....

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

..... de ..... de .....

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

REVIEW ARTICLES

**Attention deficit hyperactivity disorder and new technologies**

*K. Tajima Pozo, F. Montañes Rada* ..... **7**

ORIGINAL

**Attention processes in school-age patients with ADHD**

*I. Saco-Lorenzo, A. Sánchez-Raya, V. Sánchez-Vázquez y E. Martínez-Gual* ..... **14**

CASE REPORTS

**Methylphenidate treatment effectiveness in pica with attention deficit hyperactivity disorder. a case report**

*I. Sánchez Lorenzo, O. Oviedo De Lucas, J. Manzano Alonso* ..... **25**

**Dissociative identity disorder: a case report**

*Vi. Basterra Gortari, R. Ruiz Ruiz, N. Pereda Eusa* ..... **31**

**A case of Eating behavior disorder in childhood**

*J. L. Pérez Méndez, J. Rodríguez Olalla, J. I. Suárez Soto* ..... **37**

**Feeding phobia after parenteral feeding: the treatment of a 30 months-old child**

*R. Conde-García, A.R. González-Barroso, S.Herrera-Rodríguez, S. Álvarez-Fernández* ..... **40**

BOOK FORUM ..... **44**

FE DE ERRATAS ..... **46**

TRABAJOS PREMIADOS ..... **49**

NORMAS DE PUBLICACIÓN ..... **50**



---

**Kazuhiro Tajima Pozo 1, Francisco Montañes Rada 1**

1 Departamento de Psiquiatría. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Fundación de Alorcón

**Correspondencia:**

Kazuhiro Tajima Pozo  
Hospital Universitario Fundación de Alorcón  
Calle Budapest nº1  
Madrid 28220  
Mail: doctortajimapozo@gmail.com  
Fax: 916219219

No existen conflictos de interés por parte de los autores del manuscrito.

*Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y nuevas tecnologías*

*Attention deficit hyperactivity disorder and new technologies*

---

**RESUMEN**

En los últimos años ha surgido un creciente interés por las nuevas tecnologías, por la rapidez con la que se han instaurado entre la población general, y entre la población infanto juvenil en particular. El trastorno por déficit de atención es el trastorno psiquiátrico más importante en la etapa infanto juvenil, por la gran comorbilidad que puede presentar con otros trastornos psiquiátricos. La mayoría de los estudios sugieren que los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, son especialmente vulnerables a desarrollar adicciones a nuevas tecnologías. El objetivo del presente artículo es realizar una revisión bibliográfica de los artículos realizados sobre nuevas tecnologías y TDAH, con la finalidad de conocer más datos sobre la incidencia de comorbilidades entre ambos, los riesgos y los posibles beneficios de las nuevas tecnologías, y profundizar en una adecuada orientación terapéutica acerca del uso de nuevas tecnologías en población infanto juvenil con TDAH.

Se postulan hipótesis biológicas, ambientales y neuropsicológicas para explicar esta comorbilidad. A pesar de la comorbilidad existente, algunos estudios apuntan a que un uso racional y adecuado de las mismas, puede contribuir a mejorar algunos de sus síntomas cardinales. Existen estudios que demuestran que videojuegos diseñados específicamente para mejorar la atención, pueden

mejorar el déficit de atención en niños con TDAH. Las áreas que mayor mejoría experimentan a través del uso de videojuegos son la memoria de trabajo visoespacial y la psicomotricidad fina.

**Palabras clave:** Trastorno por déficit de atención; nuevas tecnologías; adicción; memoria de trabajo; comorbilidad; motivación.

**ABSTRACT**

In the last years, a great interest in research of technologies has been conducted. New technologies can cause problems in the general population and especially in the childhood and adolescent population. The attention deficit disorder (ADHD) is the most important psychiatric disorder in childhood and adolescent stage. An important co morbidity between ADHD and psychiatric disorders has been reported in previous research. Most studies suggest that children with ADHD are especially vulnerable to develop addictions to new technologies. The aim of this paper is to make a review about ADHD and new technologies papers, in order to study the co morbidity between this disorders, the risks and benefits of new technologies, and to know therapeutic guidance about the use of new technologies in child and adolescent population with ADHD.

**Keywords:** attention deficit disorder, new technologies, addiction, working memory; co morbidity; motivation.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención (TDAH) constituye el problema psiquiátrico más importante y prevalente en la etapa escolar de los últimos años, con unas cifras que pueden llegar, según distintos estudios hasta el 12% de los niños en esta etapa [1, 2].

Es un trastorno especialmente importante por las repercusiones que supone para el niño, al interferir notablemente en su aprendizaje, y en las relaciones interpersonales con otros niños de su edad [3]. Pero también constituye un trastorno importante, por la gran comorbilidad que presenta con otros trastornos psiquiátricos, como el trastorno negativista desafiante, el trastorno antisocial de la personalidad, el consumo perjudicial de sustancias y el juego patológico [4-6].

Existen otras comorbilidades menos estudiadas, por la rapidez con la que se han instalado en los últimos años, aunque no por ello menos importantes, como son las adicciones a las nuevas tecnologías (NNTT). Existen pocos datos para conocer cuál es su impacto real entre nuestros jóvenes, y menos aun, para saber cuál es la comorbilidad existente. Entre las adicciones más frecuentes se encuentran: Internet, telefonía móvil y videojuegos.

Según algunos estudios, la población infanto-juvenil se expone al uso de nuevas tecnologías durante al menos 3 horas diarias [7, 8]. De todas ellas, Internet y los videojuegos han sido los que más se han asociado con el desarrollo de desordenes psicopatológicos. La mayoría de los autores sugieren que el abuso de nuevas tecnologías en estas edades, interfiere notablemente en desarrollo interpersonal de los niños, al restringir el tiempo que los niños pasan fuera de casa, y al aumentar las horas que permanecen solos jugando frente a la pantalla del televisor y/o ordenador, y afectan notablemente a su rendimiento escolar, al disminuir el número de horas que destinan al estudio. El TDAH, la depresión y los trastornos de ansiedad han sido las patologías mentales más asociadas al abuso de nuevas tecnologías en población infanto-juvenil.

La mayoría de los estudios sugieren que los niños con TDAH son especialmente vulnerables a desarrollar adicciones a NNTT, y se postulan hipótesis biológicas, neuropsicológicas y genéticas para apoyar dicha relación.

A pesar de esta comorbilidad existente, algunos estudios apuntan a que un uso racional y adecuado de las mismas, puede contribuir a mejorar algunos de los síntomas cardinales del TDAH [9-11]. Entre las hipótesis que invitan a investigar un uso racional de nuevas tecnologías en el TDAH, está el hecho de según diversos estudios, la motivación de los niños con TDAH parece responder más adecuadamente a estímulos llevados a cabo con NNTT, y en particular con los videojuegos, donde la recompensa es fácilmente identificable por el niño en forma de premios o actualizaciones. Existen teorías que sugieren que los déficits motivacionales constituyen el problema principal en el TDAH [12, 13]. Entre las variables que se asocian a una mayor motivación de los videojuegos están: que los juegos narren historias atractivas, que presenten animaciones estimulantes, que puedan generar cierto grado de competitividad con otros jugadores, que gocen de variaciones permanentes, y que presentes sonidos y atmósferas envolventes [14-17].

Según diversos autores, los niños con TDAH podrían alcanzar un rendimiento óptimo o incluso normal, pero requerirían niveles mucho más altos de refuerzo, para alcanzar el mismo rendimiento que el desarrollado por niños sin TDAH [18, 19].

## OBJETIVO

El objetivo del presente artículo es realizar una revisión bibliográfica de los artículos realizados sobre nuevas tecnologías y TDAH, con la finalidad de conocer más datos sobre la incidencia de comorbilidades entre ambos, los riesgos y los posibles beneficios del uso de NNTT, la existencia de mejoría o bien empeoramiento de los síntomas del TDAH, y profundizar en una adecuada orientación terapéutica acerca del uso de nuevas tecnologías en población infanto-juvenil con TDAH.

## METODOLOGÍA

La búsqueda de la literatura se hizo en PubMed y Psycinfo. Se utilizaron como criterios de búsqueda: TDAH, nuevas tecnologías, adicción, videojuegos y estimulación cognitiva.

## DOPAMINA Y VIDEOJUEGOS

Las alteraciones en la neurotransmisión dopaminérgica y las alteraciones a nivel de la corteza prefrontal son las bases de la etiología del TDAH, y por ello, la principal

línea de actuación farmacológica consiste en la utilización de fármacos psicoestimulantes. Existen estudios que confirman que el uso de videojuegos puede generar un incremento en la liberación de dopamina estriatal [20]. Algunos estudios hipotetizan con que los estímulos obtenidos a través de los videojuegos y nuevas tecnologías pueden suplir ese déficit en la transmisión dopaminérgica, hasta el punto de plantear ese uso de nuevas tecnologías como una posible forma de automedicación en niños con TDAH[21].

En uno de esos estudios, se estudió el efecto del metilfenidato en niños con TDAH e importante problemática de abuso de videojuegos e Internet, llegando a la conclusión de que el uso de metilfenidato mejoraba no sólo la sintomatología del TDAH, sino también disminuía el número de horas que dedicaban a jugar a los videojuegos o Internet [22].

## **CONCEPTO DE ADICCIÓN A NUEVAS TECNOLOGÍAS**

Las nuevas tecnologías tienen un potencial riesgo adictivo, pero también poseen un enorme potencial informativo y comunicativo. Entre las más estudiadas se encuentran Internet, videojuegos y telefonía móvil. Existen importantes limitaciones en los estudios por la falta de consenso sobre los criterios diagnósticos, y la ausencia de escalas validadas en la adicción a nuevas tecnologías en población infanto-juvenil [23]. La definición de adicción o uso perjudicial de estas nuevas tecnologías se basa en los criterios de abuso de sustancias y trastorno del control de impulsos[24]. Se presta especial importancia a las consecuencias que su uso genera en el funcionamiento socio-académico del niño al interferir negativamente en la relación con sus iguales, limitando el número de horas que se dedica al estudio, generando problemas de irritabilidad y/o nerviosismo cuando se interrumpe su uso, tendencia al aislamiento, desarrollo de trastornos del sueño, alimenticios y del aprendizaje.

Según datos de un estudio realizado en adolescentes canadienses, se recoge que un 25% de los jóvenes pasan más de 3 horas diarias utilizando nuevas tecnologías [25]. Otro estudio, refiere que el número de horas se incrementa en presencia de algún trastorno mental, hasta el punto de llegar a usar 7 horas diarias NNTT, en población infantojuvenil con algún desorden mental[26].

## **COMORBILIDAD TDAH Y NUEVAS TECNOLOGÍAS**

Padecer un TDAH es el factor de riesgo que más se ha relacionado con el abuso de nuevas tecnologías en la mayoría de los estudios. Otros trastornos mentales que también se han relacionados con el abuso de nuevas tecnologías son la depresión y la fobia social [27]. Existen diferencias de género según estos mismos estudios, al observarse mayor tendencia a un uso inapropiado de NNTT en mujeres adolescentes con fobia social, y un mayor uso inapropiado de NNTT entre los varones adolescentes con TDAH. Los rasgos de impulsividad, desinhibición, baja autoestima y extraversión del TDAH son los que más se han relacionado con el desarrollo de adicción a nuevas tecnologías [28, 29]. No existen datos epidemiológicos fehacientes que reporten la epidemiología existente[30].

## **VIDEOJUEGOS Y TDAH**

El TDAH es una alteración de la función ejecutiva, que engloba las capacidades necesarias para atender a un estímulo, planificar y organizar una acción, reflexionar sobre las posibles consecuencias de las acciones e inhibir la primera respuesta automática cambiándola por otra más apropiada [31]. Según diversos estudios, los niños con TDAH muestran alteraciones marcadamente frecuentes en dos funciones ejecutivas: inhibición de la conducta y la memoria de trabajo (WM) [32].

Según numerosos estudios, la memoria de trabajo visuo-espacial es la función ejecutiva más alterada en los niños con TDAH. Algunos autores sugieren que los déficits en las funciones ejecutivas son causados por déficits motivacionales. Es habitual que los síntomas del TDAH, empeoren en situaciones que exijan un esfuerzo mental sostenido o que carezcan de atractivo o novedad intrínsecos.

Sin embargo, no hay suficientes estudios que hayan investigado los efectos de la motivación en la memoria visual-espacial de los niños con TDAH. La motivación está en estrecha relación con el refuerzo obtenido. Los datos son discordantes, y ello es debido en gran parte al tipo de refuerzo obtenido, que puede variar en función de la intensidad o de la forma de refuerzo.

En un estudio que investigaba los efectos de la motivación en la memoria de trabajo, llevado a cabo en 30 niños con TDAH y 31 sujetos control sin TDAH, se observó que a medida que se incrementaba el refuerzo positivo,

mejoraban el rendimiento en la memoria visuoespacial, en los niños con TDAH [16]. La novedad de este estudio, radica en que se utilizó un videojuego para medir el grado de motivación, que funcionaba con créditos que iban de 1 a 10 euros, con los cuales, el niño podía ir utilizando esos créditos para mejorar las características de su personaje. Si bien, el estudio también observó que los niños con TDAH necesitan incentivos mayores que el grupo control sin TDAH para poder normalizar la memoria de trabajo.

En otro estudio llevado a cabo en niños con TDAH, se comparó la atención de los niños antes, durante e inmediatamente después de jugar a un videojuego de carreras de coches, objetivada a través de la aplicación de un STROOP test antes, durante e inmediatamente después. Los resultados de este estudio llevado a cabo en una muestra de 100 niños con TDAH y edades comprendidas entre los 9 y 12 años fueron una mejoría en las puntuaciones de este test, inmediatamente después de jugar al videojuego, en comparación con los niveles previos [33].

En otro estudio llevado a cabo en niños naïve con TDAH de perfil inatento, se observó mejoría de los síntomas atencionales, objetivado por profesores y padres a través de la escala ADHD Rating Scale-IV, tras diez semanas de terapia basada, en aplicar 20 sesiones de jugar con videojuegos diseñados específicamente para mejorar el perfil atencional [34].

En otro estudio llevado a cabo, se compararon los resultados del Continuous Performance Test II (CPT II) en niños con TDAH y niños control, que jugaron de manera continuada a un videojuego comercial, observando que los niños con TDAH no presentaban ninguna diferencia en respuestas inhibitorias en comparación con los niños control, llegando a la conclusión de que muchas de las dificultades cognitivas que existen en el TDAH son tarea dependiente [35].

Sin embargo existen datos discordantes sobre la mejoría de la atención con el uso de videojuegos, tal y como apunta un estudio realizado en una muestra de más 1323 niños y 210 adolescentes, durante un periodo de seguimiento de 13 meses, sin embargo este estudio no profundiza en el contenido de los videojuegos ni aporta otros datos neuropsicológicos al respecto.

Otro estudio muy similar a este último llevado a cabo en una muestra de 603 niños entre 10 y 14 años, no observó que el uso de videojuegos influyera negativamente en la atención y en el desarrollo de un déficit de atención,

atribuyendo la mayor parte de los síntomas atencionales y conductuales, a factores hereditarios y ambientales, como una escasa supervisión por parte de los padres.

## **TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN**

El objetivo del tratamiento, en el caso de que exista una patología adictiva, debe ser el uso controlado de las nuevas tecnologías. Algunos de los factores para identificar la existencia de una adicción a nuevas tecnologías son: la incapacidad para controlar o interrumpir su uso, el empleo de mucho tiempo con una considerable reducción de las actividades sociales, escolares, o de ocio debido al uso de las tecnologías.

En la bibliografía consultada sobre los tratamientos de las adicciones a nuevas tecnologías, existen resultados discordantes, en gran parte debidos a la falta de una metodología adecuada y en la falta de consenso sobre los criterios de diagnósticos.

Entre los estudios consultados, se encuentran ensayos clínicos con fármacos, terapias familiares, grupales, pausas educacionales.

El tratamiento psicológico de elección es el control de estímulos y la exposición gradual, seguido de un programa de prevención de recaídas. Se requiere más información sobre estrategias motivacionales para el tratamiento.

Normas de un buen uso de los videojuegos: Fijar tiempo de uso, descansar cada hora, utilizar videojuegos adecuados para la edad.

## **DISCUSIÓN**

Las nuevas tecnologías tienen un potencial riesgo adictivo, pero también poseen un enorme potencial informativo y comunicativo. En mucha de la literatura consultada se destacan las implicaciones negativas que para los jóvenes y niños, y más en concreto para el TDAH, tienen el uso de nuevas tecnologías, siendo escasa la literatura que invita a su uso y estudio en profundidad, dado que las nuevas tecnologías resultan cada vez más necesarias para la integración del niño y el adolescente, dado que las redes sociales, los móviles y los videojuegos tienen como principal nexo común la existencia de una interconectividad entre usuarios.

Existen importantes limitaciones en los estudios por la falta de consenso sobre criterios diagnósticos, y la ausencia de escalas validadas en la adicción a nuevas tecnologías en población infanto juvenil.

Sin duda, se requiere el desarrollo de mas estudios

al respecto de la comorbilidad existente entre TDAH y nuevas tecnologías, sin embargo, entre los clínicos, y entre los familiares de niños con TDAH siempre existe una misma respuesta cuando se le pregunta sobre su hijo, ¿Cuándo se queda quieto, o cuando presta más atención?, y siempre nos encontramos con las mismas respuestas, por ello, se debe ahondar aun mas, en el papel de la motivación en la sintomatología del TDAH.

Los estudios que apoyan el uso de terapias basadas en nuevas tecnologías, no hacen referencia a los costes-beneficios, ni tampoco existen estudios que demuestren su eficacia a largo plazo.

## CONCLUSIÓN

La mayoría de los estudios consultados, aportan datos sobre la especial vulnerabilidad del TDAH al desarrollo de patologías adictivas. Existen datos que refieren una importante comorbilidad entre la adicción a sustancias ilegales y la adicción a nuevas tecnologías, subrayando la existencia no solo de factores ambientales, sino también de factores genéticos que sustentan dicha comorbilidad.

Un uso irresponsable de nuevas tecnologías, y una escasa supervisión por parte de los padres pueden llevar al desarrollo de una adicción en los niños con TDAH. A pesar de que existen datos biológicos, que sustentan la comorbilidad entre TDAH y patologías adictivas, los factores ambientales resultan cruciales para evitar el desarrollo de una adicción.

El objetivo del tratamiento, a diferencia de otras adicciones, debe ser el uso controlado. El tratamiento psicológico de elección es el control de estímulos y la exposición gradual, aunque existen datos que apuntan a que un tratamiento farmacológico adecuado también disminuye el número de horas de exposición a las nuevas tecnologías.

El TDAH puede mejorar la memoria de trabajo con un adecuado entrenamiento cognitivo, y con una motivación óptima.

Existen estudios que demuestran que videojuegos diseñados específicamente para mejorar la atención, pueden mejorar el déficit de atención en niños con TDAH. Las áreas que mayor mejoría experimentan a través del uso de videojuegos son la memoria de trabajo visoespacial y la psicomotricidad fina.

## REFERENCIAS:

1. Byrd, H.C., et al., Attention-deficit/hyperactivity disorder and obesity in US males and females, age 8-15 years: National Health and Nutrition Examination Survey 2001-2004 Prevalence, determinants and spectrum of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medication of children and adolescents in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS). *Pediatric obesity*, 2013. 2(6).
2. Lingineni, R.K., et al., Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorder among US children: results from a national survey. *BMC pediatrics*, 2012. 12: p. 50.
3. Biederman, J., et al., An examination of the impact of attention-deficit hyperactivity disorder on IQ: a large controlled family-based analysis. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 2012. 57(10): p. 608-16.
4. Torgersen, T., et al., Prevalence of comorbid substance use disorder during long-term central stimulant treatment in adult ADHD [ADHD and conduct disorder: trends in diagnosis and therapy]. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 2012. 61(7): p. 512-23.
5. Nordstrom, T., et al., Comorbidity of disruptive behavioral disorders and attention-deficit hyperactivity disorder-Indicator of severity in problematic behavior? *Nordic journal of psychiatry*, 2012.
6. Rice, V.J., et al., The relationship between symptoms of attention deficit and hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder with soldier performance during training. *Measuring ADHD and ODD Symptoms and Impairment Using High School Teachers' Ratings*. Work (Reading, Mass.), 2012.
7. Smith A, S.D., Peled M, Poon C, Saewyc E, A picture of health: highlights from the 2008, 2009, BC Adolescent Health Survey. *McCreary Centre Society Vancouver*.
8. Weiss, M.D., et al., The screens culture: impact on ADHD. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 2011. 3(4): p. 327-34.
9. Weinstein, A. and A. Weizman, Emerging association between addictive gaming and attention-

- deficit/hyperactivity disorder. *Current psychiatry reports*, 2012. 14(5): p. 590-7.
10. Walther, B., et al., Co-occurrence of addictive behaviours: personality factors related to substance use, gambling and computer gaming. Problematic video game play in a college sample and its relationship to time management skills and attention-deficit/hyperactivity disorder symptomology. The influence of television and video game use on attention and school problems: a multivariate analysis with other risk factors controlled. *European addiction research*, 2012. 18(4): p. 167-74.
  11. Weinstein, A., et al., Emerging association between addictive gaming and attention-deficit/hyperactivity disorder. Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorder among US children: results from a national survey. *Current psychiatry reports*, 2012. 14(5): p. 590-7.
  12. Haenlein, M. and W.F. Caul, Attention deficit disorder with hyperactivity: a specific hypothesis of reward dysfunction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1987. 26(3): p. 356-62.
  13. Sergeant JA, O.J., Meere J., Information processing and energetic factors in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, in *Handbook of disruptive behavior disorders.*, H.A. Quay HC, Editor. 1999, Kluwer Academic/Plenum Publisher: New York. p. 75-104.
  14. Weinstein, A., et al., Emerging association between addictive gaming and attention-deficit/hyperactivity disorder. Video Game Performances Are Preserved in ADHD Children Compared With Controls. Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorder among US children: results from a national survey. *Current psychiatry reports*, 2012. 14(5): p. 590-7.
  15. Walther, B., et al., [ADHD: training brain performance with the computer helps]. Co-occurrence of addictive behaviours: personality factors related to substance use, gambling and computer gaming. Can motivation normalize working memory and task persistence in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? The effects of money and computer-gaming. *Kinderkrankenschwester : Organ der Sektion Kinderkrankenpflege / Deutsche Gesellschaft fur Sozialpadiatrie und Deutsche Gesellschaft fur Kinderheilkunde*, 2012. 31(3): p. 117.
  16. Dovis, S., et al., Can motivation normalize working memory and task persistence in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? The effects of money and computer-gaming. *Journal of abnormal child psychology*, 2012. 40(5): p. 669-81.
  17. Wilkinson, N., R.P. Ang, and D.H. Goh, Online video game therapy for mental health concerns: a review. *The International journal of social psychiatry*, 2008. 54(4): p. 370-82.
  18. Shaw, R., A. Grayson, and V. Lewis, Inhibition, ADHD, and computer games: the inhibitory performance of children with ADHD on computerized tasks and games. *Journal of attention disorders*, 2005. 8(4): p. 160-8.
  19. Solanto, M.V., E.H. Wender, and S.S. Bartell, Effects of methylphenidate and behavioral contingencies on sustained attention in attention-deficit hyperactivity disorder: a test of the reward dysfunction hypothesis. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 1997. 7(2): p. 123-36.
  20. Koepp, M.J., et al., Evidence for striatal dopamine release during a video game. *Nature*, 1998. 393(6682): p. 266-8.
  21. Liddle, E.B., et al., Task-related default mode network modulation and inhibitory control in ADHD: effects of motivation and methylphenidate. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 2011. 52(7): p. 761-71.
  22. Han, D.H., et al., The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Compr Psychiatry*, 2009. 50(3): p. 251-6.
  23. Byun, S., et al., Internet addiction: metasynthesis of 1996-2006 quantitative research. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 2009. 12(2): p. 203-7.
  24. Ko, C.H., et al., Proposed diagnostic criteria of Internet addiction for adolescents. *The Journal of nervous and mental disease*, 2005. 193(11): p. 728-33.
  25. Mark, A.E. and I. Janssen, Relationship between screen time and metabolic syndrome in adolescents. *Journal of public health (Oxford, England)*,

2008. 30(2): p. 153-60.
26. Baer, S., E. Bogusz, and D.A. Green, Stuck on screens: patterns of computer and gaming station use in youth seen in a psychiatric clinic. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 2011. 20(2): p. 86-94.
  27. Ko, C.H., et al., Screening for Internet addiction: an empirical study on cut-off points for the Chen Internet Addiction Scale. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 2005. 21(12): p. 545-51.
  28. Cao, F., et al., The relationship between impulsivity and Internet addiction in a sample of Chinese adolescents. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 2007. 22(7): p. 466-71.
  29. Sun, D.L., et al., Decision-making and prepotent response inhibition functions in excessive internet users. *CNS spectrums*, 2009. 14(2): p. 75-81.
  30. Shaw, M. and D.W. Black, Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS drugs*, 2008. 22(5): p. 353-65.
  31. Nigg, J.T., et al., Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: do we need neuropsychologically impaired subtypes? *Biological psychiatry*, 2005. 57(11): p. 1224-30.
  32. Martinussen, R., et al., A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005. 44(4): p. 377-84.
  33. Tahiroglu, A.Y., et al., Short-term effects of playing computer games on attention. *J Atten Disord*, 2010. 13(6): p. 668-76.
  34. Lim, C.G., et al., Effectiveness of a brain-computer interface based programme for the treatment of ADHD: a pilot study. *Psychopharmacol Bull*, 2010. 43(1): p. 73-82.
  35. Bioulac, S., et al., Attention deficit/hyperactivity disorder and video games: a comparative study of hyperactive and control children. *Video Game Performances Are Preserved in ADHD Children Compared With Controls. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 2008. 23(2): p. 134-41.

*Procesos atencionales en  
pacientes escolares con  
TDAH*

*Attention processes in  
school-age patients with  
ADHD*

14

Inmaculada Saco-Lorenzo<sup>1</sup>, Araceli Sánchez-Raya<sup>2</sup>,  
Vicente Sánchez-Vázquez<sup>3</sup> y Eduardo Martínez-Gual<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Psicología. Escuela de Magisterio  
"Sagrado Corazón". Centro adscrito a la Universidad de  
Córdoba.

<sup>2</sup>Departamento de Psicología. Universidad de Córdoba.

<sup>3</sup>Unidad de Salud mental Infanto-juvenil. Hospital Reina  
Sofía de Córdoba.

<sup>4</sup>Fundación Termens. Cabra (Córdoba)

**Correspondencia:**

Vicente Sánchez Vázquez. Unidad de Salud Mental  
Infanto-Juvenil. Hospital de Los Morales. Ctra. de  
Los Morales, s/n.  
14012- Córdoba  
ed1saram@uco.es

---

**Introducción**

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una patología compleja y heterogénea. Su sintomatología discurre por ámbitos epistemológicamente diferentes: biológicos, cognitivos, conductuales, impulsivos y contextuales entre los más relevantes. En su diagnóstico clínico no podemos obviar el análisis de esta amplitud disciplinar, y cuando se hace caemos en el sobre o infradiagnóstico. Se debe perfilar con rigor, como se está haciendo por muchos investigadores, desde la definición criterial al modo de evaluación.

**Objetivo.** En este trabajo se pretende, en una muestra de 50 sujetos, indagar en algunas variables atencionales (atención sostenida, dividida y selectiva) que están significativamente dañadas en este trastorno y que en este aspecto pueden aportar más datos complementarios para un diagnóstico clínico más acertado y sistemático.

**Resultados.** Podemos observar en los resultados que no son muchas las diferencias encontradas entre los grupos, y esto es precisamente lo que lleva a confusión en la mayoría de los casos.

**Conclusiones:** La revisión de los criterios junto a una evaluación neuropsicológica más potente y refinada puede ser el camino para perfilar y establecer, desde la clínica, una mayor precisión en los grupos de esta compleja patología.

**Palabras clave:** Atención sostenida, Atención dividida, Atención Selectiva, Evaluación atención. Niños. TDAH.

**Introduction**

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a complex and heterogeneous pathology. Its symptoms encompass different epistemological fields of study such as biological, cognitive, behavioral, impulsive and contextual amongst the most relevant ones. Since it is easy to fall into over or underdiagnosis, a multidisciplinary approach is needed for the clinical diagnosis. It must be designed with rigor, as it is considered by many researchers, from the criterial definition to the means of assessment.

**Aim.** The aim of this study, with a sample of 50 patients, is to investigate about some attentional variables (sustained, divided and selective attention) which are significantly impaired in this disorder and can contribute to providing complementary data in order to obtain a more systematic and pertinent diagnosis.

**Results.** The results establish that it is hard to find many differences between the groups, which is precisely misleading in most cases.

**Conclusions.** The revision of the criteria alongside a refined and stronger neuropsychological assessment may be the way to become clear and establish a greater preci-

sion, in clinical settings, within the groups of this complex pathology.

**Keywords:** Sustained Attention, Divided Attention, Selective Attention, Attention Assessment, Children, ADHD.

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad es un síndrome conductual complejo, heterogéneo caracterizado por un abanico de síntomas dimensionales básicos de hiperactividad, impulsividad e inatención. Los síntomas deben estar presentes en dos o más ambientes, manifestarse antes de los siete años de edad y causar un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Este trastorno ha sido definido sólo sobre bases conductuales que se manifiestan a lo largo de un continuo, de mayor o menor magnitud, en toda la población. Por una parte no existe un marcador biológico definido y por otra se hace referencia permanente a variables cognitivas atencionales para cuya evaluación no existe hoy un consenso generalizado. El diagnóstico diferencial se ve dificultado además por sus frecuentes trastornos comórbidos y la variabilidad de su presentación en los diversos contextos psicosociales [1].

Las dos grandes clasificaciones diagnósticas al uso, DSM-IV-TR [2] e ICD-10 [3], coinciden en los criterios pero no así en las pautas diagnósticas [4]. Esta diferencia da a la primera una mayor amplitud en la inclusión de casos y a la segunda mayor restricción e exigencias de inclusión en esta categoría diagnóstica. Esta posición condicional lógicamente la prevalencia que dependerá de la utilización de una u otra clasificación.

Actualmente la definición que parece tener mayor consenso entre los distintos investigadores y cuenta con mayor cantidad de datos experimentales fundamentados para la comprensión del TDAH es la que afirma que: "El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDAH, es un trastorno del desarrollo del autocontrol que engloba problemas para mantener la atención y para controlar los impulsos y el nivel de actividad" [5]. Es una condición que se origina en la infancia y varía de persona a persona, presentando un cuadro complejo que afecta a todas las áreas del crecimiento y desarrollo humano [6].

Sin embargo los estudios e investigaciones realizados por Taylor [7] y Barkley [8], llevan a pensar en una próxima remodelación de la definición del trastorno,

en la que posiblemente se distingan dos categorías con características distintas: TDAH y TDA.

Algunos autores como Barkley [9], Buñuel [10], Fernández-Parra [11] entre otros, piensan que uno de los problemas a la hora de diagnosticar a un niño con TDAH, es la falta de uniformidad en el proceso. En no pocas ocasiones resulta difícil diferenciar entre el TDAH de otros trastornos que aparentemente tienen síntomas muy parecidos. A pesar del gran número de trabajos realizados sobre este trastorno todavía se mantiene la controversia sobre el carácter unitario, entidad única, del TDAH [12].

Las dificultades diagnósticas conllevan que el proceso general de abordaje del cuadro oscile desde el sobrediagnóstico [13] a criterios sumamente restrictivos y excluyentes que en ocasiones conduce a juicios severos y despreciativos hacia estos niños y sus familias, a las que se les acusa de incompetencia educativa [14].

Los síntomas característicos del trastorno, distracciones habituales, impulsividad, y nivel de actividad elevado, se asocian con frecuencia a la infancia en general en algún grado y el problema surge al no saber identificar la línea divisoria entre el comportamiento de un niño normal y el de otro que padece el trastorno. La diferencia es muchas veces cuantitativa y no cualitativa y mientras que un niño normal presenta este tipo de conductas a veces, el niño que padece el trastorno las presenta de forma habitual [15].

Otras veces el problema procede de la interpretación de las pruebas neuropsicológicas que aunque son muy útiles para el diagnóstico, no son definitivas, puesto que algunos sujetos que cumplen con los criterios clínicos del trastorno, sin embargo no lo reflejan en las pruebas, debido a la motivación que supone dedicarse a una tarea nueva que les lleva a prestar más atención y a cometer muchos menos fallos que en una tarea cotidiana menos motivante.

Uno de los problemas más sobresalientes del trastorno es la falta de atención. Pero como muestra la experiencia escolar y clínica, los problemas atencionales se dan con mucha frecuencia en la infancia [16]. En la misma categoría entran conductas de distracción, de falta de escucha, de abandono de la tarea, o de falta de concentración, lo que puede conducir a error si no se tiene en cuenta que esta característica única, no indica la presencia del trastorno. Además hay que distinguir entre problemas atencionales, déficit atencional y señalar el subtipo de atención específico que está afectado.

López-Soler y García Sevilla [17], señalan que el proceso atencional y las conductas de atención, no siempre son sinónimos, frecuentemente encontramos en las aulas alumnos que aparentemente están escuchando por la conducta que se observa en ellos, y sin embargo no se están enterando de lo que se está diciendo, y si definimos la atención fijándonos en la mejor o peor ejecución de una tarea, no estaremos teniendo en cuenta otros procesos psicológicos que intervienen como la memoria, la percepción o el razonamiento. Se comprueba que, mientras que los maestros se quejan de conductas de falta de atención en más de la mitad de sus alumnos y una cuarta parte de sus alumnas, la prevalencia del TDAH está alrededor del 5% [2] en la población normal, y de este 5%, la mitad de los remitidos a evaluación, no son diagnosticados del trastorno [18]. De todos modos, no resulta fácil la tarea discriminatoria entre déficit de atención y problemas atencionales, si la evaluación se hace en base a respuestas motoras o incluso a respuestas cognitivas, en tareas donde el mecanismo atencional no está bien definido.

Un sujeto puede tener problemas atencionales: a) en la focalización a la hora de atender un estímulo y dejar de lado el irrelevante (atención selectiva); b) en la capacidad de atender a varios estímulos a la vez (atención dividida); y c) en la capacidad de mantenerse alerta y activado durante un tiempo (la atención sostenida). Pero en los problemas atencionales influyen otros factores, como el momento evolutivo, factores orgánicos (enfermedad), déficit sensoriales (problemas visuales o auditivos) y características personales del sujeto (capacidad de autocontrol, motor, emocional).

También pueden influir estados transitorios como fatiga, estrés, motivación por el estímulo, sueño, presencia de distractores, etc. Fácilmente podemos observar conductas de falta de atención, que tengan algunas de estas causas, y definir las de forma errónea como “déficit de atención” si no tenemos en cuenta todos los factores. Cuando un niño tiene problemas para resolver una tarea, posiblemente se desmotive ante ella, y busque otros alicientes que le satisfagan más, como hablar con los compañeros o levantarse a sacar punta al lápiz. El niño con trastornos de comportamiento, se negará a realizar actividades que requieren un esfuerzo cognitivo, pero el problema no será un déficit atencional, pues este, conlleva una disfunción generalizada de los mecanismos de amplitud, intensidad y control de la actividad atencional derivada de factores neurológicos y cognitivos indiferenciados. Por otra parte,

las conductas de falta de atención, en apariencia pueden aparecer muy similares a las del déficit, pero no tendrán una causa neurocognitiva.

Por tanto, una buena evaluación del déficit de atención, conlleva analizar las conductas de falta de atención detectadas por los adultos responsables, a través de entrevistas y escalas o registros. Además habrá que hacer un examen médico para determinar que no exista ningún problema a nivel sensorial o perceptivo, como problemas de vista u oído. Es importante determinar qué factores externos están interviniendo en el momento evolutivo del paciente (factores emocionales, familiares, motivacionales, etc.). Habrá que evaluar el nivel de desarrollo intelectual y las capacidades más específicas del procesamiento de la información, percepción, lateralidad, orientación espacial y por último analizar cada subtipo atencional, comprobando la capacidad de seleccionar, focalizar, cambio atencional y mantenimiento de dicha atención. Lo último serían las pruebas de neuroimagen con potenciales evocados o resonancias funcionales [19]. Evidentemente este largo proceso es muy difícil de llevar a cabo y menos aún en atención primaria, lo que explicaría de nuevo la confusión que se da en muchos casos.

El problema de atención en la infancia con TDAH, parece tener un origen cognitivo, aunque no resulta fácil llegar a una conclusión sobre este problema, posiblemente porque es muy difícil estudiar esta función neuropsicológica, debido a su complejidad y porque son muchas las diferencias entre los distintos niños que padecen el trastorno. Algunos autores consideran que la función atencional no se considera un proceso cognitivo, sino la actividad básica que permite la puesta en marcha todo el procesador central de la información [20]. Hay autores que afirman que las personas hiperactivas no tienen menor capacidad de atención que las no hiperactivas [19], sino que se diferencian en la forma de focalizar la atención, por tanto más que de un déficit de atención, se trataría de una disfunción atencional [21-22].

Existen suficientes datos para pensar que mientras que los niños con TDAH (subtipo combinado) tienen problemas con la atención sostenida, (capacidad para mantener la concentración ante un estímulo dado, cuando la labor a la que se deben dedicar no es lo suficientemente motivadora), los niños con TDAH (subtipo inatento), presentan más problemas con la atención selectiva, (capacidad de actuar de forma flexible, atendiendo unos

estímulos y no otros dependiendo de la relevancia de los mismos) [23].

Se ha comprobado que la dificultad está en mantener la atención cuando la tarea es tediosa, prolongada en el tiempo, repetitiva o carente de interés [24]. En este caso si se reduce la estimulación, la tarea será más aburrida y por tanto el escolar con TDAH dejará de atender antes [25]. Apoyando esta teoría, en unos estudios que realizó Zentall y sus colaboradores en la Universidad de Purdue [26], descubrieron que añadiendo color al material de trabajo de los niños con TDAH, estos cometían menos errores que cuando el material era en blanco y negro, por tanto más aburrido. Barckley y Fischer hacen otro estudio con juegos de ordenador y comprueban que los niños/as con TDAH aumentan la atención y son capaces de terminar el trabajo, cuando se añade estimulación a la tarea [27].

aprendizaje en los niños y niñas con TDAH. Según Barckley [28], entre el 60-80 % de los niños/as con TDAH, tienen problemas escolares, fracaso escolar y en algunos casos abandono de los estudios. Muchas veces el bajo rendimiento pasa desapercibido en los primeros años de primaria, pero a medida que la exigencia va siendo mayor, aumentarán los problemas de rendimiento. López-Soler y García-Sevilla [17], observan que entre el 40-50% de las dificultades de aprendizaje están asociadas a problemas de atención. De hecho, se han encontrado pocas diferencias en los resultados de pruebas cognitivas realizadas a muestras de sujetos con TDAH o con dificultades de aprendizaje. Ambos grupos entran dentro del intervalo de normalidad, mientras que en rendimiento académico, los hiperactivos presentan una desviación típica de 1,5 por debajo de la media, además los dos grupos presentan importantes conductas de falta de atención. La única dife-

rencia que encuentran estos autores es en las dificultades de atención que unos y otros manifiestan, mientras que los TDAH, su problema parece estar en la atención sostenida, en los niños con dificultades de aprendizaje, está en la focalización atencional.

La valoración de los procesos atencionales se está planteando como una manera complementaria para apoyar la clínica sintomatológica en el proceso de diagnóstico en el TDAH [19]. El presenta trabajo parte de esta consideración al intentar buscar déficit atencionales más significativos en el TDAH que en el grupo control.

Con las pruebas neuropsicológicas, se obtienen muchos datos sobre el funcionamiento psicológico del niño pero no son determinantes exclusivas para el diagnóstico e identificación del TDAH, sino pruebas complementarias que deberán apoyarse en la historia clínica del paciente [29-11].

Tabla 1: Sexo, Grupo al que pertenecen por categorías y Grupo al que pertenecen por edades.

sexo	N	%			
Varón	43	86%			
Mujer	7	14%			
total	50	100%			
Grupo al que pertenecen por categorías					
Categorías	Frecuencia	Porcentaje			
T. Conducta	12	52,17%			
T. Afectivos	2	8,69%			
T. Asperger	1	4,3%			
Sin patología	3	13%			
Total	23	100%			
Grupo al que pertenecen por edades					
Grupo	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años
TDAHcomb.	1	5	4	5	1
No TDAH	6	4	4	5	4
TDAH inat.	1	1	2	6	1
Total	8	10	10	16	6

Los problemas de atención y en muchos casos de impulsividad e hiperactividad van a causar dificultades de

## METODOLOGIA

### Sujetos

Los sujetos de la muestra pertenecen a la población asistencial con sospecha de TDAH, de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Pro-

Tabla 2: Porcentajes Atención sostenida y dividida				
Atención dividida		tiempo-color trails		Total
		alterada	preservada	
TDAH	Recuento	6	5	11
	% de grupo al que pertenecen	54,5%	45,5%	100,0%
	% de tiempo-color trails	26,1%	50,0%	33,3%
	% del total	18,2%	15,2%	33,3%
No TDAH	Recuento	7	5	12
	% de grupo al que pertenecen	58,3%	41,7%	100,0%
	% de tiempo-color trails	30,4%	50,0%	36,4%
	% del total	21,2%	15,2%	36,4%
TDAH	Recuento	10	0	10
	% de grupo al que pertenecen	100,0%	,0%	100,0%
	% de tiempo-color trails	43,5%	,0%	30,3%
	% del total	30,3%	,0%	30,3%
Total	Recuento	23	10	33
	% de grupo al que pertenecen	69,7%	30,3%	100,0%
	% de tiempo-color trails	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	69,7%	30,3%	100,0%
Atención sostenida		centil.T-P/CSAT		Total
		alterada	normal	
TDAH	Recuento	10	3	13
	% de grupo al que pertenecen	76,9%	23,1%	100,0%
	% de centil.T-P/CSAT	47,6%	14,3%	31,0%
	% del total	23,8%	7,1%	31,0%
No TDAH	Recuento	3	16	19
	% de grupo al que pertenecen	15,8%	84,2%	100,0%
	% de centil.T-P/CSAT	14,3%	76,2%	45,2%
	% del total	7,1%	38,1%	45,2%
TDAH	Recuento	8	2	10
	% de grupo al que pertenecen	80,0%	20,0%	100,0%
	% de centil.T-P/CSAT	38,1%	9,5%	23,8%
	% del total	19,0%	4,8%	23,8%
Total	Recuento	21	21	42
	% de grupo al que pertenecen	50,0%	50,0%	100,0%
	% de centil.T-P/CSAT	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%

vincia de Córdoba, dependiente del Hospital Reina Sofía de Córdoba. La población en cuestión está formada por los distintos casos que son derivados a esta Unidad con sospecha de padecer TDAH.

La muestra de esta investigación ha estado compuesta por 50 pacientes diagnosticados en esta Unidad, entre los años 2007-2008. Se trata de una muestra clínica, no elegida para la investigación. Todos ellos acuden a consulta bajo sospecha de TDAH. Su edad está comprendida comprendida entre 6 y 10 años (Tabla 1).

En cuanto a la distribución por sexos, de los 50 diagnosticados, 14% han sido niñas y 86% niños (Tabla 2).

De los 50 casos llegados a esta unidad con sospecha de TDAH, han sido diagnosticados realmente de dicho trastorno 27, de los cuales 32% pertenecen al subtipo combinado (314-01) y 22% al subtipo inatento (314-00), según el DSM-IV-TR. El resto de los sujetos (46%), no cumplen los criterios para el diagnóstico de TDAH (Gráfico 1). Este grupo no diagnosticado de TDAH (no TDAH) se distribuye en cuatro categorías (Tabla 3)

El grupo con diagnóstico de TDAH, está compuesto por 27 casos, con edades entre 6 y 10 años, el grupo de NO TDAH por 23 sujetos y el grupo de inatentos por 11 sujetos, con edades comprendidas entre 6 y 10 años. Se puede apreciar que la edad en

la que hay más sujetos sospechosos en nuestra muestra, es a los 9 años (Tabla 4).

En cuanto a la distribución por sexos de los diagnosticados, podemos ver que del total de 27 diagnosticados con dicho trastorno, solo 4 pertenecen al sexo femenino, lo que apoya las investigaciones y los estudios que afirman que existe un menor grado de afectación del trastorno en las niñas que en los niños [30] (Tabla 5).

**Instrumentos**

Hemos considerado las siguientes características medidas en cada uno de los sujetos evaluados: atención selectiva, atención dividida, y atención sostenida.

1. Atención sostenida. Puede definirse como la capacidad de mantener en el tiempo el mecanismo cognitivo por el que ejercemos el control voluntario sobre nuestra actividad perceptiva, cognitiva y conductual, activando, inhibiendo u organizando las diferentes operaciones mentales que se requieren para obtener nuestro objetivo [23].

**Instrumento:** CSAT, Tarea de atención sostenida en la infancia de Servera M. y Llabrés J. Es una versión de las “tareas de ejecución continua” (CPTS), su finalidad es evaluar la capacidad de atención sostenida mediante una tarea de vigilancia. Está indicada para niños con edades comprendidas desde los 6 a los 11 años. Se aplica de forma individual e informatizada y su duración es de aproximadamente 7 minutos y medio.

2. Atención dividida. Definida como la capacidad para responder, al menos, a dos tareas al mismo tiempo [31]. Lo importante en este tipo de atención son los recursos de los que se dispone para poder ser repartidos de modo eficiente en las tareas a realizar.

**Instrumento:** Color trails, (D’Elia, Satz, Uchillama, y White. Esta prueba es de velocidad de búsqueda visual, de

secuenciación visoespacial, de flexibilidad mental y función motora. Es un derivado de la prueba TMT, “Trail making test” de Partington, consigue minimizar la influencia del lenguaje de esta última y sirve para niños y adultos.

3. 3. Atención Selectiva. Se define como la capacidad que pone en marcha y controla los procesos

Tabla 3: Contrastes.				
Kruskal-Wallis tres grupos.				
Variabes	Grupos	N	Chi-cuadrado	p
Atención selectiva (Animales, WISC-IV)	TDAH comb. No TDAH TDAH inat	16 21 11	1,171	.557
Atención dividida (Color-Trails)	TDAH comb. No TDAH TDAH inat	11 12 10	6,087	.048
Atención sostenida (CSAT)	TDAH comb. No TDAH TDAH inat	13 19 10	15,877	.000
Contraste U de Mann-Whitney: TDAH comb.- No TDAH				
Variabes	grupo	N	U	p
Atención selectiva (Animales, WISC-IV)	TDAH No TDAH	16 21	148,50	.554
Atención dividida, Color-Trails	TDAH No TDAH	11 12	63,50	.880
Atención sostenida, CSAT	TDAH No TDAH	13 19	48,00	.003
Contraste U de Mann-Whitney, grupos:TDAH(combinado)-TDAH(inatento)				
Variabes	Grupos	N	U	p
Atención selectiva (Animales, WISC-IV)	TDAH comb. TDAH inat	16 11	77,00	.610
Atención dividida (Color-Trails)	TDAH comb. TDAH inat	11 10	30,00	.085
Atención sostenida (CSAT)	TDAH comb. TDAH inat	13 10	63,00	.927

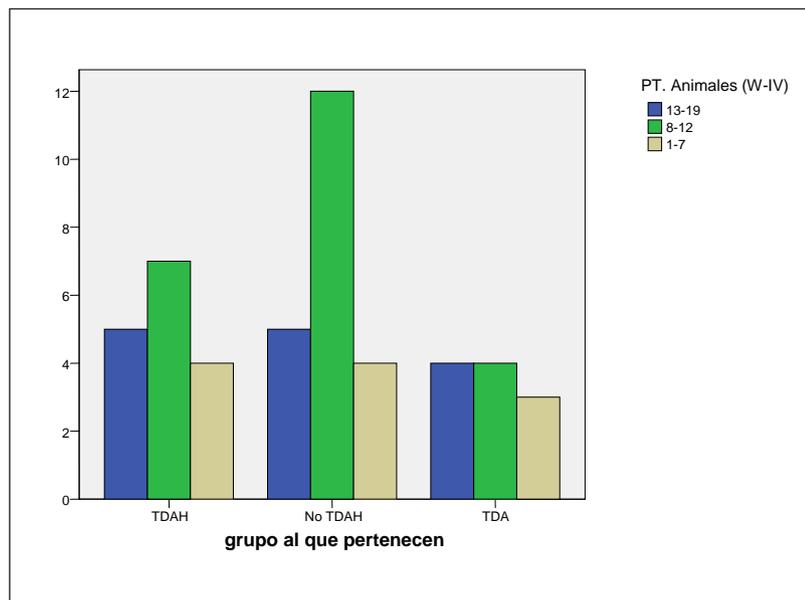


Gráfico 1: Atención selectiva

y mecanismos por los cuales el sujeto procesa tan sólo una parte de la información y da respuesta tan sólo a aquellas demandas del ambiente que le son realmente importantes [32].

**Instrumento:** Subtes Animales del Escala de inteligencia de Weschler para niños-IV. Este test que se presenta como optativo en la mencionada escala se inspira en pruebas similares que se han venido desarrollando para evaluar la velocidad de procesamiento, atención selectiva visual y descuido visual. Por separado se suele emplear como medida de la atención selectiva

#### Análisis de datos

Para poder hacernos una idea más exacta de las características de nuestra muestra, hemos realizado un análisis descriptivo, utilizando una distribución de frecuencias, que nos permite observar con más claridad los valores concretos que adopta cada variable y como se distribuye. Además hemos utilizado tablas de contingencia para comprobar si existía relación entre las distintas variables escogidas.

Para llevar a cabo el análisis estadístico de esta investigación, hemos utilizado un contraste de pruebas no paramétricas, porque el tamaño de la muestra es muy pequeño. Para analizar las diferencias entre los grupos, se

compararon con un análisis univariado de varianza no paramétrico de Kruskal-Wallis, para la comparación de los grupos dos a dos, hemos utilizado la prueba U de Mann-Whitney, para contraste de dos muestras aleatorias. Con su utilización, se pretende determinar si existen diferencias significativas entre los grupos TDAH, TDA y no TDAH, en las diferentes variables consideradas. Para ello haremos el análisis comparando los grupos dos a dos.

## RESULTADOS

### Análisis descriptivo de las variables.

Observando la distribución de los sujetos de la muestra por sexo y grupo, encontramos que las niñas están distribuidas de forma homogénea en los tres grupos.

*Atención selectiva*, medida por la prueba de Animales del WISC-IV, observamos que los sujetos pertenecientes al grupo no diagnosticado con el trastorno, obtienen una frecuencia más alta en el intervalo correspondiente a la atención selectiva promedio (PT= 8-12), mientras que en los grupos de niños diagnosticados de TDAH y de TDA, las PT, están más repartidas (gráfico, 1).

*La atención dividida*, medida con la prueba Color Trails está alterada en un 69.7% de los sujetos evaluados. Se puede observar que el grupo de niños y niñas diagnosticados de TDA, tiene alterada la atención dividida el 100%, mientras que las frecuencias en los grupos TDAH y no TDAH, son muy parecidas, en los dos aparece alterada en más del 50% de los casos. Al aplicar las tablas de contingencia esta variable aparece relacionada con el grupo TDA. ( $X^2[2, N=33]= 0,400, p= .043$ ) (Tabla 2).

En cuanto a la *atención sostenida*, medida por el CSAT, aparece alterada en los grupos de sujetos TDAH y TDA, en una proporción de (76,9% y 80%) respectivamente. Un 84,2% de sujetos pertenecientes al grupo no TDAH, presentan una atención sostenida que se encuentra en el intervalo promedio. Existe relación significativa entre los grupos y la atención sostenida. ( $X^2[2, N=42]=16.264, p= .001$ ) (tabla 2 y grafico 2).

### Análisis de contraste

Para saber si existen diferencias significativas entre los grupos, hemos utilizado la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para muestras independientes, y para examinar las diferencias de los grupos dos a dos, la prueba de contraste para dos muestras independientes, U de Mann-Whitney.

#### **Diferencias entre los tres grupos**

Al realizar el análisis no paramétrico de Kruskal-Wallis, hemos obtenido diferencias significativas entre los tres grupos en las variables, atención sostenida y atención dividida (tabla 3).

#### **Diferencias entre TDAH y No TDAH**

Contrastando los dos grupos TDAH y No TDAH, encontramos que existen diferencias significativas en una variable: Atención sostenida (tabla 3).

#### **Diferencias entre TDAH combinado y TDAH inatento**

Contrastando los dos grupos con el estadístico U de Mann-Whitney, no hemos encontrado diferencias significativas, lo mostramos en la tabla 15

Diferencias entre No TDAH y TDAH inatento.

Solo hay diferencias significativas en atención sostenida ( $p = .004$ ) (tabla 3)

## **CONCLUSIONES**

Destaca en primer lugar al analizar la muestra, la diferencia entre el número de niños y niñas que acuden a la USMIJ para la realización del diagnóstico: de los 50 casos estudiados, solo había 7 niñas, de las cuales, dos fueron diagnosticadas de TDAH subtipo combinado y dos de TDAH subtipo inatento, frente a 14 niños con diagnóstico TDAH subtipo combinado y 9 TDAH subtipo inatento. Este dato descriptivo, apoya las investigaciones y los estudios que afirman que existe un menor grado de afectación del trastorno en las niñas que en los niños [30, 33, 9].

No se han encontrado diferencias en la manifestación del trastorno por edades, a pesar de que muchos autores coinciden en afirmar que la manifestación de la conducta hiperactiva en el diagnóstico de TDAH es más patente en los primeros años de la infancia, después disminuye y va siendo más problemática la conducta de desatención [34, 35]. También en este caso, puede intervenir el pequeño

tamaño de la muestra, pues las edades de los niños están muy repartidas y no es homogénea.

Una vez examinadas las historias clínicas y los diagnósticos realizados, pudimos comprobar que casi la mitad de los niños y niñas que habían sido derivados a la Unidad, no cumplían los criterios para el diagnóstico de dicho trastorno, lo que apoyaba nuestra idea de la confusión que existe entre profesionales no especializados.

En cuanto a las características cognitivas, al realizar el análisis no paramétrico con la prueba de Kruskal-Wallis, hemos encontrado diferencias significativas entre los tres grupos en dos de las pruebas realizadas, "Tiempo Color Trails" que mide la atención dividida, y en el CSAT, que mide la atención sostenida. Sin embargo no existe diferencia significativa en la atención selectiva. Llegamos en esta investigación a la misma conclusión a la que llegan [36] en su estudio, en el que solo encuentran diferencias

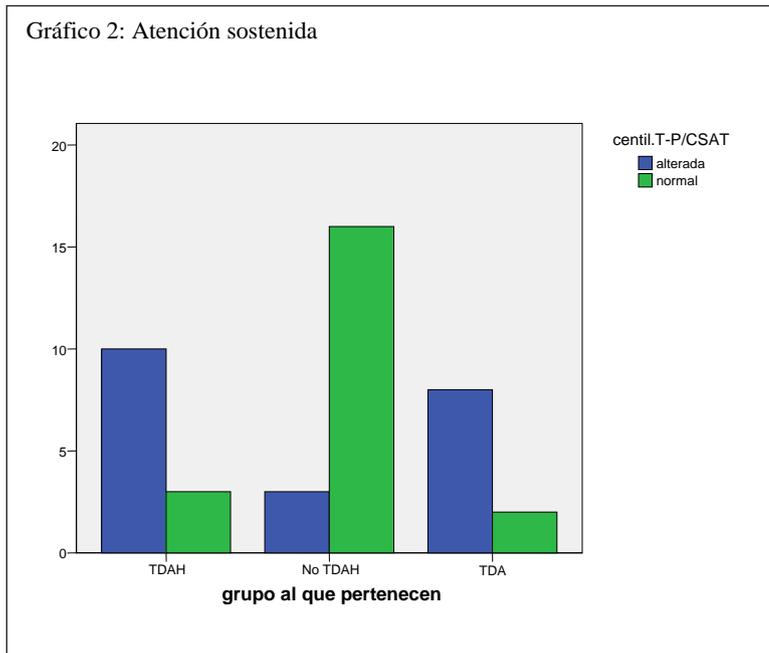


Gráfico 2: Atención sostenida

significativas en la atención sostenida, y advierten que la evaluación neuropsicológica muestra más similitudes que diferencias en el funcionamiento cognitivo de los niños diagnosticados de TDAH y los que no lo son. Otras investigaciones [37] concluyen que la mayor alteración en los sujetos diagnosticados con el trastorno, se produce en la atención sostenida y en el control inhibitorio. En

este sentido apoyaría nuestra investigación al afirmar que los mayores problemas en cuanto a lo cognitivo en los niños afectados por el trastorno, en ambos subtipos, se encuentran en la atención sostenida [24].

El 76% de los diagnosticados con el trastorno aparecen con la atención sostenida alterada frente al 23% de los niños/as no TDAH. Esto confirmaría todos aquellos estudios que establecen la atención sostenida como variable crítica en la diferenciación del trastorno. Barkley [3] afirma que una de las características principales de estos sujetos, serán los “problemas para mantener una forma de trabajo consistente, a lo largo de períodos de tiempo más o menos largos”. Al mismo tiempo [38, 24], comprueban la dificultad de la atención sostenida cuando la tarea es tediosa, larga y carente de interés.

Al determinar las diferencias entre los diagnosticados de TDAH subtipo combinado y los TDAH subtipo inatento, en las características tenidas en cuenta no hemos encontrado diferencias significativas.

En cuanto a la atención selectiva nuestros resultados, no están en consonancia con los resultados obtenidos por Munar, Roselló y Sánchez [23] que afirman que los sujetos inatentos, presentan más problemas con la atención selectiva, entendida como la capacidad de actuar de forma flexible, atendiendo a unos estímulos y no a otros dependiendo de la relevancia de los mismos, mientras que los niños diagnosticados con TDAH combinado, tienen más problemas con la atención sostenida. DuPaul y Hoff [35], encontraron evidencias claras en sus investigaciones de que estos escolares apenas tenían problemas de sobreactividad, ni se diferenciaban de los que no tenían TDAH en tareas de atención sostenida, mientras que sí encontraron dificultades de atención selectiva, en tareas académicas que requerían esfuerzo de concentración y focalización. Nosotros no hemos encontrado diferencias significativas entre los dos grupos en ninguno de los tipos de atención, de hecho el tanto por ciento de escolares con atención sostenida alterada es algo mayor en los inatentos (80%) que en los hiperactivos (76,9%), con un resultado en el contraste de  $p=0,927$ , y en cuanto a la atención selectiva,  $p= 0,610$ . La causa de que no hayamos encontrado ninguna diferencia puede estar en el pequeño tamaño de la muestra, que puede ocasionar que, las diferencias entre los grupos no sean significativas.

Por otro lado, el hecho de que el trastorno se presente con mucha variabilidad [5], puede llevar a confusión en el diagnóstico. Urge una clasificación nueva en la que es-

tén más claras las diferencias entre un grupo y otro [39].

Hemos encontrado diferencias significativas entre el grupo de inatentos y el grupo de niños no diagnosticados con el trastorno, en la atención sostenida. Esta aparece alterada en un 80% de los niños inatentos, frente a un 15,8% de los no TDAH. En este sentido Douglas [38] ha encontrado en sus investigaciones que hay diferencias importantes en los resultados de las pruebas que medían la atención sostenida entre los niños diagnosticados con el trastorno y los que no lo padecían. Los primeros muestran más problemas en la realización de las pruebas. Por otra parte, no hemos encontrado diferencias entre estos dos grupos en la atención selectiva.

Podemos concluir por tanto que:

1. Observamos que los niños y niñas de nuestra investigación, muestran diferencias en dos de las habilidades cognitivas medidas, la atención sostenida y la atención dividida.
2. Observamos que los niños diagnosticados de TDAH subtipo combinado y los que no han sido diagnosticados del trastorno, se diferencian en que en los primeros aparece la atención sostenida alterada.
3. Al comparar los sujetos de los grupos de diagnóstico TDAH subtipo combinado y TDAH subtipo inatento, observamos que en cuanto a los diferentes tipos de funciones atencionales no aparecen diferencias significativas, aunque pensamos que puede ser debido al pequeño tamaño de la muestra, ya que la atención dividida aparece alterada en todos los sujetos que pertenecen al subgrupo de inatentos y solo en la mitad de los TDAH combinado. No existen diferencias en la atención sostenida que está muy alterada en ambos grupos.
4. Las diferencias más notables entre ambos grupos aparecen en la atención tanto dividida como sostenida, muy alteradas ambas en los inatentos.

Por último, podemos observar en los resultados que no son muchas las diferencias encontradas entre los grupos, y esto es precisamente lo que lleva a confusión en la mayoría de los casos.

La revisión de los criterios [39] junto a una evaluación neuropsicológica más potente y refinada puede ser el camino para perfilar y establecer, desde la clínica, una mayor precisión en los grupos de esta compleja patología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Steinhausen, H-C. La heterogeneidad de las causas y curso del trastorno por déficit de atención y hiperactividad. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 120(5), 392-299.
2. APA. Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR. Washington D.C.: American Psychiatric Assotiation; 2002.
3. OMS. The ICD-10 Classification of Mental and Behaviural Disorders: Clininical descriptions and diagnostic guidelines. Ginebra: OMS, 1992.
4. Jara Segura, B. El TDAH en las clasificaciones diagnósticas actuales, *Norte de Salud Mental* 2009; 35, 30-40.
5. Barkley, R. A. ADHD and the nature of self-control. Nueva York: The Guilford Press; 1997a.
6. Barkley, R. A., Murphy, K.R. y Bauermeister, J. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Nueva York: Guilford; 1998a.
7. Taylor, E. A. El niño hiperactivo. Barcelona: Martínez Roca; 1991.
8. Barkley, R. A. Defiant children: A Clinician's Manual for Parent training (2ª Ed.). Nueva York: Guilford Press; 1997b.
9. Barkley, R. A. Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Barcelona: Paidós; 2007.
10. Buñuel Álvarez, J. C. Diagnóstico del Trastorno de Déficit de Atención con/sin Hiperactividad. Una visión desde la evidencia. *Pediatría de Atención primaria*, VIII; 2006.
11. Fernández Parra, A. y M. M., L. (2005). Evaluación de los trastornos por déficit de atención y del comportamiento perturbador. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 279-311). Madrid: Pirámide.
12. Baron, IS. Attention. In Baron, IS, ed. *Neuropsychological evaluation of the child*. New York: Oxford University Press; 2004.
13. Hallowell, E. M. y R., et al. *Controlando la hiperactividad*. Barcelona: Paidós; 2002
14. Barkley, R. A. y o. Consensus statment of ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2002, 11, 96-98.
15. Joselevich, E. Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (A.D./H.D.) en niños, adolescentes y adultos. Buenos Aires: Paidós; 2000.
16. Schachar, R. y L., G. Are hyperactive children deficient in attentional capacity? *Journal of Abnormal Child Psychology* 1990; 18 (5), 180-189
17. López Soler, C. y García Sevilla, J. *Problemas de atención en el niño*. Madrid: Pirámide; 1997.
18. Morris, R. J. y C., S.J. Assessment of attention deficit disorder and hyperactivity In C. L. y M. Frame, J.L. (Ed.), *Handbook of assessment in childhood psychopathology. Applied issues in differential diagnosis and treatment evaluation*. Nueva York: Plenum; 1987.
19. Rapport, MD et al. Upgrading the science and technology of assesment and diagnosis : laboratory and clinic-based of children wich ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology* 2000; 29, 555-568.
20. Servera, M., Bormas, X. y Moreno, I. Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento In V. E. y S. Caballo, M.A. (dirs) (Ed.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Pirámide; 2001.
21. Raine, A. y J., F. Attention, autonomic arousal and personality in behaviorally disordered children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1987; 15 (4), 583-599.
22. Cabanyes, J. y Polaino-Lorente., A. El perfil psicopatológico del niño hiperactivo: análisis sintomatológico y clínico En Polaino-Lorente, A. (Ed.), *Manual de Hiperactividad Infantil*. Madrid: Unión Editorial; 1997.
23. Munar, E., Rosselló, J. y Sánchez-Cabaco, A (coords.). *Atención y percepción*. Madrid: Alianza Editorial; 1999.
24. Halpering, J. M., O'Brien, J.D., Newcorn, J.H., Healey, J.M., Pascualvaca, D.M., Wolf, L.E. y Young, J.G. Validation of hyperactive, aggressive, and mixed hyperactive (aggressive disorders in children: A research note). *Journal of child Psychology and Psychiatry* 1990; 31, 455-459.
25. Douglas, V. I. Can skinnerian theory explain attention deficit disorder. A reply to Barkley. In S. J. Bloomingdale L (Ed.), *Attention deficit disorder: Current concepts and emerging trends in atten-*

- tional and behavioral disorders of childhood (pp. 235-254). Oxford: Pergamon; 1989
26. Zentall, S. S. y.G., D.E. Hyperactive and comparison children response to detailed vs. global cues in communications task. *Learning Disability Quarterly* 1984; 7, 77-87.
  27. Heydl, P. y Bernardo de Quirós, G. AD/HD: Tratamiento farmacológico. En E. Joselevich (Ed.), Síndrome de Déficit de Atención con o sin hiperactividad A.D./H.D. en niños, adolescentes y adultos. Buenos Aires: Paidós; 2000.
  28. Barkley, R. A. Attention deficit hyperactivity disorders: A handbook for diagnosis and treatment. Nueva York: Guilford Press; 1990.
  29. Barkley, R. A. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Nueva York: Guilford Press; 1998b.
  30. Orjales, I. Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. Madrid: CEPE; 2005.
  31. Kahneman, D. Attention and effort. . Englewoods Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1973.
  32. García Sevilla (2007). Psicología de la atención. Madrid: Síntesis.
  33. García Pérez, E. M. S.O.S. en el aula. Ayudas para profesores de niños hiperactivos e inatentos. Bilbao: COHS. Consultores en Ciencias Humanas; 2006.
  34. Amador, J. A., Forns, M., Guàrdia, J. y Però, M. Estructura factorial y datos descriptivos del perfil de atención y del cuestionario TDAH para niños en edad escolar. *Psicothema* 2006; 18, 696-703.
  35. DuPaul, G. J. y Hoff, K.E. Attention/concentration problems. In T. S. y. G. Watson, F.M. (dirs.) (Ed.), *Handbook of child behavior therapy*. Nueva York: Plenum; 1998.
  36. Puentes-Rozo, P. J., Barceló-Martínez, E. y Pineda, D.A. Características conductuales y neuropsicológicas de niños de ambos sexos, de 6 a 11 años, con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología* 2008; 47(4), 175-184.
  37. Pineda, D. A., Ardila, A. Roselli, M Cadavid, C. Mancheno, S. Mejía, S. . (1998). Executive dysfunctions in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Int. Neurosci.* 1998; 96, 177-196.
  38. Douglas, V. I. Attention and cognitive problems. In M. Rutter (Ed.), *Developmental neuropsychiatry* 1983; (pp. 280-329). Nueva York: Guilford
  39. Barkley, R. A. Avances en el diagnóstico y la subclasificación del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-IV. *Revista de Neurología* 2009; (48 supl.2), 101-106

I. Sánchez Lorenzo  
O. Oviedo De Lucas  
J. Manzano Alonso

Centro de Salud Mental de Navalmoral de la Mata  
(Cáceres)

**Correspondencia:**

Isabel Sánchez Lorenzo  
C/ Comandante Che Guevara nº 24. CP: 37500  
Ciudad Rodrigo (Salamanca).  
Email: isasl07@hotmail.com

## *Caso Clínico*

25

*Eficacia del tratamiento  
con metilfenidato en la pica  
comórbida con TDAH. a  
propósito de un caso.*

*Methylphenidate treatment  
effectiveness in pica with  
attention deficit hyperactivity  
disorder. a case report*

## **RESUMEN**

### **Objetivos**

La PICA es una variante de trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria en el que existe un deseo irresistible de lamer o comer sustancias no nutritivas durante un periodo de por lo menos un mes. La prevalencia y etiopatogenia son desconocidas. Factores sensoriales, digestivos, nutricionales, psicológicos y psiquiátricos se han implicado en su origen y mantenimiento. Se considera como síntoma cardinal la impulsividad, que en la infancia aparece asociada a otros trastornos psiquiátricos y neurológicos como el TDAH. Ambos trastornos tienen como síntoma cardinal la impulsividad y como hipótesis etiopatogénica la disfunción del sistema dopaminérgico.

Se expone el caso de una niña de 6 años que presenta un cuadro compatible con PICA, dentro del contexto de un TDAH, y la eficacia del tratamiento con Metilfenidato.

### **Métodos**

Se realiza evaluación del caso, pre y postratamiento, mediante la Entrevista Clínica e Instrumentos Diagnósticos. Además, se solicita Estudio Analítico con especial interés en los niveles de hierro y/o Zinc cuyo posible déficit pudiera estar en relación con la PICA.

### **Resultados**

Iniciamos tratamiento psicofarmacológico con Metilfenidato a dosis crecientes hasta llegar a 30 mg/día en

dosis única después del desayuno. Al mes, se puede apreciar una mejoría significativa tanto en los síntomas nucleares del TDAH y su comportamiento general, como en un mayor control de la ingesta apropiada de sustancias.

### **Conclusiones**

En nuestro caso, el tratamiento con Metilfenidato, además de resultar útil en el manejo de los síntomas centrales del TDAH, aporta beneficios en cuanto a un mayor control de impulsos que le lleva a la ingesta irrefrenable de sustancias.

**Palabras clave:** Pica, TDAH, impulsividad, metilfenidato, sistema dopaminérgico.

## **ABSTRACT**

### **Objectives**

PICA is an eating disorder and behavior in which there is an irresistible desire to lick or eat non-nutritive substances for a period, at least, a month. Prevalence and pathogenesis are unknown. Sensitive, digestive nutritional psychological and psychiatric disorders have been implicated in its origin and maintenance. It is considered to be impulsivity as the cardinal symptom, which in childhood is associated with other psychiatric and neurological disorders such as ADHD. Those disorders have dopaminergic dysfunctions as etiopathogenic hypothesis.

It is described a 6 years old girl case who has PICA compatible symptoms, within an ADHD context and

treatment efficacy with methylphenidate.

#### Methods

Clinical assessment is performed after and before treatment with Clinical Interview and Diagnostic Instruments. Analytical study it is also requested with special interest in iron and/or zinc levels, whose deficiency could be possible in relation to PICA.

#### Results

Methylphenidate as psychopharmacological treatment is started with increasing doses up to 30 mg per day as a single dose after breakfast. A month later, it can be appreciated a significant improvement, in both ADHD nuclear symptoms and its general behavior, as also more appropriate control of abnormal intakes.

#### Conclusions

In our case methylphenidate treatment, as well as being useful in ADHD central symptoms management, provides benefits due to a better impulse control in the uncontrollable abnormal intakes.

**Keywords:** Pica, ADHD, impulsivity, methylphenidate, dopaminergic system.

## INTRODUCCIÓN

La impulsividad ha sido considerada como un rasgo de personalidad, por el que las experiencias y emociones pueden bloquear los mecanismos cognitivos de control y dar lugar a conductas de satisfacción inmediata. Los impulsos no son más que estímulos que activan la conducta. Se trataría de un deseo imperioso e irresistible que empuja a ciertos sujetos a una acción determinada. Cuando esta acción es perjudicial para la misma persona o para el entorno, es cuando se conceptualiza como anormal o como patología mental.

Aún cuando la impulsividad puede formar parte de la personalidad, su relación con los trastornos psiquiátricos es evidente. Desde el punto de vista de los trastornos mentales hay que diferenciar dos sentidos distintos de impulsividad. Uno, en el que el paso al acto se debe a fuerzas originadas de forma súbita y sin reflexión (trastornos psicóticos), y otro en el que se produce un “fracaso de resistir los impulsos”. Las conductas impulsivas no son dominio exclusivo del adulto, ni de aquel que está bajo los efectos de una sustancia (1). Los niños y adolescentes presentan cuadros sindrómicos, en los cuales la impulsividad presenta un papel predominante. El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), conductas violentas

y trastornos del comportamiento, son algunos ejemplos que provocan sufrimiento al paciente y en quienes lo rodean, acompañándose de graves repercusiones sociales y personales, incluida la muerte (suicidios).

Desde la perspectiva psicoevolutiva, es importante señalar cuándo el niño adquiere la capacidad de actuar reflexivamente. Mischel y cols (1989) describieron cómo con la edad los niños ganan capacidad de optar por recompensas más diferenciadas. Así, los niños de cuatro años eligen estrategias poco efectivas para aguantar la espera hasta la recompensa, como mantenerla expuesta y pensar en ella (pensamientos activadores). A partir de los cinco años, los niños incorporan estrategias para apartar de su mente los pensamientos activadores, como la distracción con canciones o las autoinstrucciones. La incorporación del autocontrol como tal se da por completo entre los 8 y los 11 años, y requiere el reconocimiento del valor de las ideas abstractas sobre las activadoras, sugiriendo que la concreción de este periodo se relaciona con la etapa piagetica del pensamiento operacional concreto. Barkley (1997) situó en los 7-12 años la época de adquisición de sensibilidad de refuerzo, y de las capacidades para la solución de problemas, formación de conceptos y control de los impulsos, siendo estas funciones esenciales para la función ejecutiva normal. En el desarrollo madurativo de la impulsividad hay aspectos motivacionales y otros no motivacionales, así como factores propios del individuo, que permanecen estables en el tiempo, y factores que dependen de la maduración de los sistemas neurofisiológicos implicados y de su interacción con el entorno, siendo clave en este proceso el aprendizaje. La capacidad para la reflexión se estabiliza a partir de los 7-8 años, y permanece inalterada para el resto de la vida del individuo. Existen diferencias propias de cada niño, en cuanto a su estilo cognitivo de respuesta (más impulsivo o más reflexivo) que se mantienen estables en el tiempo, pero también se observa un aumento de la tendencia a la reflexión con la edad, es decir al aprendizaje. Además de relacionarse con la capacidad para la reflexión (y su opuesto la impulsividad), el saber esperar también se relaciona con los recursos cognitivos del individuo, como factores de estrategia metacognitivos, capacidad de atención mantenida y capacidad discriminativa de las señales pertinentes del entorno.

Existen cuadros clínicos específicos de inicio en la infancia y adolescencia, con criterios y abordajes propios. Estos cuadros pueden o no persistir en la edad adulta y

pueden predisponer a la aparición de otros trastornos psiquiátricos. Entre los trastornos que tiene como síntoma primario o secundario la impulsividad destacan:

1. TDAH
2. Trastorno disocial o trastorno de conducta
3. Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos:
  - Tricotilomanía
  - Cleptomanía
  - Piromanía
  - Ludopatía
  - T. Explosivo intermitente
4. Otros:
  - Trastornos de la Personalidad: límite, antisocial
  - Trastorno de la conducta alimentaria (TCA): Bulimia nerviosa, Trastorno por atracón. Potomanía, Pica...
  - Trastorno por adicción a las prácticas deportivas.
  - Trastorno por abuso de las Tecnologías de la información y comunicación (TIC)
  - Trastorno de consumo de sustancias
  - Trastornos relacionados con la sexualidad
  - Trastorno con probable base orgánica: Retraso mental, Trastorno generalizado del desarrollo, Disfunciones cerebrales...
  - Otros: onicofagia, Gilles de la Tourette... (2)

#### Neurobiología de la impulsividad

Entre las regiones encefálicas implicadas en la impulsividad cabe destacar: el núcleo accumbens del estriado como centro modulador de las conductas en las que interviene la recompensa y el refuerzo, la región basolateral del núcleo amigdalino como centro modulador de conductas afectivas inmediatas y la región orbitaria de la corteza prefrontal como centro integrador de las capacidades de inhibición de los impulsos y de la capacidad de cálculo de riesgos. A estas tres zonas se unen aquellas regiones con las que existen conexiones preferentes, como el área ventral tegmental del mesencéfalo y los núcleos del rafe. Los modelos experimentales lesionales y los de activación funcional permiten postular que la patogenia de los fenómenos impulsivos está relacionada con una hipofunción de la corteza prefrontal y límbica y en la hiperactividad del núcleo accumbens. Esta hiper-

actividad del estriado pudiera ser primaria o debida a las conexiones serotoninérgicas y dopaminérgicas troncoencefálicas que inervan de manera preferencial en núcleo accumbens. De hecho, en algunos trastornos impulsivos se han identificado alteraciones en la neurotransmisión dopaminérgica, serotoninérgica, adrenérgica y colinérgica (1). Agonistas dopaminérgicos, como el metilfenidato, pueden mejorar patologías psiquiátricas como la Pica o el TDAH, mediante la disminución de la impulsividad al incrementar la neurotransmisión dopaminérgica en el cerebro y estimular la síntesis de dopamina (3).

#### PICA Y TDAH

La palabra latina PICA se refiere a urraca, ave a quien se atribuye robar y consumir sustancias incomedibles. Esta conducta parece relacionada con rituales de cortejo y anidamiento. La PICA es un trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez. Se define como el consumo persistente de sustancias no nutritivas durante un periodo de por lo menos un mes, de forma inadecuada evolutivamente y siempre que su práctica no esté sancionada culturalmente. (4) Documentada desde la antigüedad, en la mayor parte de los casos se ha considerado más como síntoma dentro de otro trastorno o estado que como entidad independiente. Se describe sobre todo en discapacitados intelectuales, embarazadas, autistas, enfermos mentales, niños normales desnutridos y otros. Se ha observado ingesta de tierra, hielo, almidón, cuerdas, madera, y otros productos, así como algunos autores también contemplan el consumo de sustancias comestibles de una forma compulsiva y reiterada. No se conoce la prevalencia. Se considera patológica a partir de los 18-24 meses de edad.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la PICA (DSM-IV, F98.3; 307.52)

A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un periodo de por lo menos un mes.
B. La ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para el nivel de desarrollo.
C. La conducta ingestiva no forma parte de prácticas sancionadas culturalmente.
D. Es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Se desconoce la causa de la PICA como trastorno y no existen marcadores de la misma. Factores sensoriales, digestivos, nutricionales, psicológicos y psiquiátricos se han implicado en su origen y mantenimiento. No conocemos ninguna lesión cerebral específica que provoque

este trastorno. Se ha descrito relación con el Síndrome de Kluver-Bucy y después de lesiones en núcleos cerebrales, descritas como casos en niños. No se asocia a ningún síndrome de forma constante. Se ha descrito en el Prader-Willi, Kleine-Levine (episodios de hiperfagia y sueño), autismo y otros trastornos del desarrollo, y en series de pocos casos. Factores como hambre, privación, náuseas y mito, molestias digestivas, aumento de la producción de saliva, alteraciones del gusto y olfato han sido implicados en el origen y mantenimiento de la PICA. Pobreza, abandono y falta de supervisión de los padres, en niños y discapacitados, se han descrito como factores de riesgo.

Estudios epidemiológicos y en niños relacionan la PICA con falta de hierro y cinc fundamentalmente. Bajo la visión nutricional subyace la idea de que la PICA es una conducta motivada por la necesidad de algunos nutrientes deficitarios, entreviendo la existencia de un posible mecanismo innato desconocido. (5)

PICA y déficit de hierro se ha descrito en embarazadas, niños, personas con pérdidas sanguíneas digestivas, etc. La administración de hierro resuelve la PICA en muchos casos, generalmente antes de que se corrija la anemia (lo que implica un mecanismo independiente). El hierro es un cofactor de la tiroxina hidroxilasa, enzima limitante de la síntesis de dopamina; algunos estudios en animales han evidenciado que la deficiencia de hierro se asocia a una menor densidad de receptores D1 y D2 de dopamina que sugiere que las bajas reservas de hierro pueden tener una participación importante en las funciones cerebrales dependientes de dopamina. La deficiencia de hierro se ha asociado con problemas de conducta, TDAH y también con conducta agresiva en niños. Considerando el hecho de que la deficiencia de hierro se asocia tanto a la pica como al descenso de receptores D2, se establece la hipótesis de la influencia de la disminución dopaminérgica en la pica, y no el déficit de hierro per se en la pica.

El Zinc también ha sido objeto de investigación en su relación con la PICA y el TDAH. El factor regulador del receptor de dopamina, es un factor de transcripción perteneciente a la familia de los dedos de cinc. Estos últimos son complejos proteicos que intervienen en la transcripción y translación de información genética relacionada con el desarrollo de células y tejidos. (6)

## CASO CLÍNICO

Niña de 6 años de edad, remitida por su pediatra a nuestro Equipo de Salud Mental para valoración de "Trastorno del comportamiento y PICA".

Antecedentes de consulta en Psicología previos a los 2 años, remitida por pediatría por "cuadro de inquietud y déficit de atención". Se dan pautas conductuales a los padres y se remite de nuevo a pediatría para seguimiento evolutivo sin realizar diagnóstico en Eje I y problemas paterno-filiales en eje IV. A los 4 años de edad es remitida de nuevo a Psicología por problemas de conducta asociados a componente de impulsividad/hiperactividad, tras ser valorada por el Equipo de Orientación del centro escolar al que acude. (EDAH: hiperactividad centil 99; inatención centil 45; Trastorno de Conducta centil 93). Tanto los padres como el colegio destacan su notable impulsividad (reflejada en una incapacidad para esperar su turno, dar respuestas precipitadas, intolerancia a la frustración con "rabieta" conductuales) e hiperactividad motora, sin déficit atencional significativo. El problema fundamental, según afirmaban los padres de la paciente, era el rechazo social que estaba generando como consecuencia de su conducta. Se establece el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad subtipo hiperactivo-impulsivo. A pesar de las diferentes técnicas de modificación de conducta llevadas a cabo hasta ese momento, no se habían obtenido cambios importantes, "parecía no ser suficiente". Cumplidos los seis años y tras realizar psicoeducación familiar, se explican a los padres los riesgos-beneficios de complementar el tratamiento con medidas psicofarmacológicas que inicialmente los padres rechazan abandonando el seguimiento.

*Antecedentes Personales:* Embarazo a término. Parto vaginal eutócico. PN: 2,800, Talla 50 cm. Apagar 10/10. Lactancia materna 7 meses. Habla 14 meses. Deambulación 12 meses. Diestra. Control de esfínteres 36 meses. Sin patología médica significativa. Escolarización: Guardería con 6 meses, problemas de conducta a los 2 años, "pegaba y mordía a los otros niños". Acude al colegio con 3 años con problemas iniciales de adaptación.

Antecedentes familiares: Madre 34 años, profesora, sin antecedentes médicos de interés. Padre 37 años, policía, diagnóstico reciente de TDAH del adulto en tratamiento con metilfenidato de liberación prolongada 54 mg/día

con buena respuesta al mismo. No existen antecedentes familiares de Pica. Hija única.

*Enfermedad actual:* A los 7 años de edad, la paciente es remitida de nuevo por Atención Primaria por agravamiento de su patología y conductas compatibles con una PICA. La impulsividad y problemas en la esfera social parecen haber ido en aumento. Además presenta conductas de ingestión de sustancias no nutritivas, por las que ha tenido que acudir varias veces al Servicio de Urgencias. “Se come de todo, pegamiento, papel, cartón, gomas de caucho, plastilina, jabón, monedas...” Importante interferencia en su vida diaria ya que tanto los padres como los profesores tienen que vigilar constantemente lo que hace.

*Exploración psicopatológica:* Consciente, orientada auto y alopsíquicamente. Abordable y colaboradora. Contacto sintónico. Discurso fluido y coherente adecuado a su nivel de desarrollo. Importante inquietud psicomotriz e impulsividad objetivable en consulta. No se evidencia clínica obsesivo-compulsiva ni síntomas de ansiedad o depresión. No trastornos en la esfera psicótica. Onicofagia. Sueño y apetitos conservados. En la psicometría se objetiva un CI normal.

*Exploraciones complementarias:* Analítica: Hematimetría sin alteraciones significativas. Bioquímica: fosfatasa alcalina 585 U/l. Hierro, ferritina, vitamina B12, folato, y niveles de Zinc dentro de la normalidad. (Hierro 11,2 ; Zinc 112); Fosfatasa alcalina 224 U/L Hormonas tiroideas normales. Peso 25 kg; Talla 1,10 m. EDAH con puntuaciones elevadas tanto en impulsividad-hiperactividad como en inatención.

*Juicio diagnóstico:* Según DSM-IV TR: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado (F90.0); Pica. (F98.3)

*Evolución y tratamiento:* Tras ser derivada a Psiquiatría y pautar tratamiento farmacológico con Metilfenidato de liberación prolongada hasta 30 mg/día, a las pocas semanas se podía apreciar una mejoría notable a diferentes niveles. Escolarmente los resultados eran satisfactorios, conservaba el material de manera más cuidadosa, mejorando la caligrafía. En casa su comportamiento era más adecuado, menor componente impulsivo lo que se traducía, además, en una menor tendencia a la ingesta de

sustancias no nutritivas.

En el momento actual acude regularmente a todas las revisiones y mantiene un control adecuado de los síntomas nucleares tanto del TDAH, como de la Pica. Excelentes resultados a nivel académico. Hace unos meses ha tenido un hermano, presentando lesiones de rascado en antebrazos y conductas oposicionistas durante los primeros días que en la actualidad han remitido.

## DISCUSIÓN

La hipótesis en la relación entre el decremento de la actividad de dopamina y Pica sugiere que los fármacos que incrementen la función dopaminérgica pueden ser una alternativa en el tratamiento de la Pica. El bupropion, un inhibidor de la recaptación de norepinefrina y dopamina, ha sido efectivo en el tratamiento de la Pica crónica y severa de adultos. Los psicoestimulantes como el metilfenidato (agonista dopaminérgico) actúan mediante la estimulación de receptores alfa 2<sup>a</sup> adrenérgicos y D1 dopaminérgicos en la corteza prefrontal, regulando los niveles de atención y mostrando una hiperactivación en el transportador de dopamina, incrementando los niveles de dopamina y disminuyendo la hiperactividad e impulsividad, en estrecha relación con la neurotransmisión dopaminérgica.

En sus estudios, Singh et al (1994) describe la exacerbación de la Pica durante el tratamiento con tioridazina (un antipsicótico antidopaminérgico) y la mejoría durante el tratamiento con metilfenidato. Además, la incidencia de la Pica es mayor en pacientes que reciben tratamiento con antipsicóticos convencionales (Danford y Huber, 1981). (7)

Hay estudios que recogen la comorbilidad de la Pica con diferentes trastornos psiquiátricos como el TOC, la depresión o la anorexia nerviosa (Stiegler, 2005), pero en la literatura reciente, solamente se recoge un caso previo de TDAH y Pica que fue tratado con metilfenidato con buena respuesta. A pesar de ser dos entidades diferentes, tanto la pica como el TDAH tienen como síntoma cardinal la impulsividad y como hipótesis etiopatogénica la disfunción dopaminérgica. Hay autores que proponen a la pica como un tipo de trastorno de control de impulsos (Gundogar et al, 2003), por otra parte la impulsividad es uno de los síntomas criterio diagnóstico para el TDAH, el cual se ha considerado como un problema de inhibición y control de impulsos. (6)

En el caso de nuestra paciente, y considerando el diagnóstico de base (TDAH), nos inclinamos hacia el uso de Metilfenidato planteándonos como hipótesis etiológica de la PICA el componente impulsivo propio del TDAH. Como resultado, obtuvimos, además de la mejora de los síntomas nucleares, un mayor control de los impulsos que le llevaban a la ingesta irrefrenable de sustancias.

Son necesarios más estudios que aclaren la asociación TDAH con PICA, y el papel de los psicoestimulantes en el tratamiento de PICA con/sin TDAH.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. S. Ros Montalbán, M. D. Peris Díaz, R. García Marco. Impulsividad. 2004. Ars Médica. Cáp 4- pág 43-78.
2. S. Ros Montalbán, M. D. Peris Díaz, R. García Marco. Impulsividad. 2004. Ars Médica. Cáp 5- pág 141-154.
3. Arnsten, A. F. (2006). Stimulants: Therapeutic actions in ADHD. *Neuropsychopharmacology*, 31,2376-2383.
4. DSM-IV. Manual estadístico de los trastornos mentales. Masson SA Barcelona. 2002.
5. Mcloughlin I J. The Picas. *Bristh Journal of Hospital Medicine* 1987; Aprlyl: 286-90.
6. Pica in a Child with attention deficit hyperactivity disorder and successful treatment with methylphenidate. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 34 (2010) 1155-1156.
7. Nirbhay N. Singh, Ph. D., Cynthia R. Ellis, M.D., W. David Crews, Jr., M.S., and Yadhu N. Singh, Ph. D. Does Disminished Dopaminergic Neurotransmission increase Pica? *Journal of Child and adolescent Psychopharmacology*. Volume 4, number 2, 1994. Mary Ann Liebert, Inc.m Publishers. Pp 93-99

Virginia Basterra Gortari, Raquel Ruiz Ruiz, Nahia Pereda Eusa

Unidad de Psiquiatría - Sección B del Complejo Hospitalario de Navarra. Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea

**Correspondencia:**

Virginia Basterra Gortari  
Psiquiatría-sección B del Complejo Hospitalario de Navarra.  
C/ Irunlarrea 4. C.P.31008. Pamplona. Navarra.  
virginia.basterra.gortari@navarra.es

*Trastorno de identidad  
disociativo: a propósito de  
un caso*

*Dissociative identity  
disorder: a case report*

---

**RESUMEN**

Los trastornos disociativos son un problema de salud mental frecuentemente oculto e ignorado. Entre todos ellos, el trastorno de identidad disociativo (TID) constituye la patología más grave y compleja. Su curso habitualmente es crónico, y se caracteriza principalmente por una alteración en la memoria autobiográfica y del sentido de identidad única. El TID suele originarse en el contexto de una experiencia traumática grave durante la infancia. Presentamos el caso de un adolescente de 16 años ingresado en una unidad de hospitalización psiquiátrica. A través de este caso, señalamos los síntomas propios de este trastorno, los factores de riesgo que pueden favorecer el desarrollo del trastorno y describimos, de forma resumida, el abordaje psicoterapéutico indicado para esta patología. Asimismo, mostramos los resultados obtenidos en diferentes valoraciones neuropsicológicas (Escala de Inteligencia Wechsler para Niños, Test de Aprendizaje Verbal España Complutense Infantil, Inventario Clínico para adolescentes de Millon e Inventario Multidimensional de Disociación).

**Palabras clave:** trastorno de identidad disociativo; personalidad múltiple; etiología; manifestaciones clínicas; tratamiento psicoterapéutico.

**ABSTRACT**

Dissociative disorders constitute a frequently hidden

and neglected mental health problem. Among all of them, the dissociative identity disorder (DID) is the most serious and complex pathology. DID is a chronic condition, characterized by disruption in autobiographical memory and the sense of having a unified identity. DID usually originates in the context of severe trauma during the patient's childhood. We report the case of a 16 year old boy referred to our Psychiatric inpatient unit. Across this report, we highlight the main symptoms of this disorder, the risk factors for the development of the disorder and a summarized form of the psychotherapeutic approach. Likewise, we also show the results obtained in different neuropsychological assessments (The Wechsler Intelligence Scale for Children, The Spanish-Complutensian Verbal Learning test for children, the Millon Adolescent Clinical Inventory and the Multidimensional Inventory of Dissociation).

**Keywords:** identity personality disorder; multiple personality; etiology; clinical manifestations; psychotherapy treatment.

**INTRODUCCIÓN**

El trastorno de identidad disociativo (TID), también llamado trastorno de personalidad múltiple, es un trastorno mental caracterizado principalmente por la alteración de la memoria autobiográfica y la identidad (con presencia de múltiples personalidades), así como

por problemas en la percepción, de la conciencia y del control volitivo (1). Suele manifestarse, de forma transitoria o crónica, en personas predispuestas a la disociación que han sufrido un trauma grave durante la infancia (2). Se estima una prevalencia del TID del 1% en la población general (3); tasas que se incrementan en población psiquiátrica (2). Los criterios diagnósticos incluyen la alternancia entre 2 o más personalidades que toman el control del comportamiento del individuo de manera recurrente y la incapacidad para recordar información autobiográfica relevante (4). El TID suele presentar comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos: trastorno de estrés postraumático, trastorno límite de personalidad, trastorno de abuso de sustancias, depresión y trastorno somatomorfo (5). El diagnóstico diferencial debe incluir: intoxicaciones por consumo de drogas, esquizofrenia, trastornos afectivos, otros trastornos disociativos, trastorno límite de personalidad, trastornos facticios y simulación (6). El tratamiento fundamental es la psicoterapia; si bien el tratamiento farmacológico puede ser útil si existe comorbilidad (7).

## CASO CLÍNICO

*Historia de la enfermedad:* Paciente varón de 16 años de edad, de origen latinoamericano, que reside en España desde los 6 años de edad. Antecedentes de tratamiento en CSM desde los 14 años de edad (septiembre de 2011). Como motivo de consulta constan la presencia de alteraciones conductuales en el domicilio familiar (amenazas, heteroagresividad verbal y física y agresividad hacia objetos, conductas autolesivas, venta de objetos de valor, nula tolerancia a la frustración), en el ámbito escolar (absentismo y fracaso académico) y a nivel social (hurtos, tráfico de drogas). Estas alteraciones conductuales están relacionadas temporalmente con la exposición reiterada entre los 11-13 años de edad a una experiencia vital traumática (abuso sexual por parte de un familiar que convivió en el domicilio) y el posterior inicio de consumo de tóxicos.

Según relata el propio paciente, tras la exposición reiterada a la situación traumática comenzó a notar la presencia de otras cuatro personalidades diferentes, que identifica como varones, personas ajenas a su propia identidad, que se dirigen hacia él en forma de voces. En ese contexto describe que comenzó a realizarse autolesiones (cortes en brazos y muslos). Pocos meses más tarde, inició el consumo de tóxicos. Comenzó con cannabis (consumo

máximo: 8 porros/día) y posteriormente también llegó a consumir Ketamina (patrón consumo máximo: diario durante dos semanas), LSD, speed (2 gramos/día durante 3-4 meses), cocaína (consumo puntual) y grandes cantidades de alcohol. El patrón de consumo ha sido muy intenso (“500 euros semanales”), con episodios de importante afectación orgánica (intoxicación plena, lagunas mnésicas, pérdida del control de esfínteres) y conductas bizarras (dormir con cuchillos debajo de la almohada o llevarlos en la mochila, romper camisetas y sábanas y guardarlas dobladas, un episodio en el que guardó ropa interior sucia en una bolsa de plástico en su habitación). Para tener acceso al consumo de drogas ha realizado diversas actividades fuera del margen legal y se ha relacionado con grupos marginales y conflictivos. Hace cinco meses suprimió el consumo de tóxicos salvo cannabis, y desde hace dos meses mantiene la abstinencia total.

A lo largo de los tres últimos años, el paciente ha sido valorado por los Servicios Sociales de Base. Desde octubre de 2011 se inicia intervención por parte del Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia para abordaje de las alteraciones conductuales y psicoeducación sobre la dinámica familiar. Ante la tórpida evolución del paciente se decide su salida del domicilio e ingreso en un Centro de Observación y Acogida (COA) hace dos meses (finales noviembre de 2012).

Previamente al ingreso en el COA, la familia trata de realizar un abordaje alternativo con la finalidad de “propiciar experiencias místicas y reforzar los valores morales”. Deciden viajar a Cuba, donde el paciente y su madre permanecen dos semanas en una casa donde se practica la santería (realizaban sacrificios de animales y el paciente debía beber la sangre del animal. Además como “normas del centro” debía comer en el suelo, vestir de blanco, evitar la luz del mediodía y de media noche, no salir a la calle después de las 7 de la tarde...).

*Estado actual:* Desde el ingreso en COA la evolución está siendo muy negativa. Está presentando sintomatología muy diversa: alucinaciones auditivas, autolesiones, conductas desafiantes, fluctuaciones anímicas, problemas con su imagen, problemas de alimentación, síntomas disociativos (“ausencias”, fallos de memoria, referencias a varias personalidades, fenómenos de autoscopia). Ha requerido múltiples atenciones del 112 y de Urgencias Hospitalarias por episodios de agitación. Dada la evolución desfavorable, se decide su ingreso pro-

gramado en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

El paciente experimenta 5 estados diferentes de personalidad. Cada personalidad presenta características diferenciales y se asocian a estados emocionales intensos. La identidad primaria (personalidad 1) se identifica con el primer nombre de nuestro paciente (su nombre es compuesto), tiene una presencia predominante y se caracteriza por ser educado, amable, infantil, alegre y generoso. Existen otras 4 identidades alternas, que en orden de mayor a menor grado de aparición, se caracterizan por: personalidad 2 (se identifica con el 2º nombre del paciente y se define como frío y calculador, con capacidad para liderar al resto de personalidades y que desconfía de muchas de ellas), personalidad 3 (se define como alocado, juerguista, que le gusta marcharse de fiesta, consumir, mantener relaciones homosexuales), personalidad 4 (definida como una persona heteroagresiva, maleducada, descontrolada) y la personalidad 5 (se llama igual que la persona que realizó los abusos sexuales sobre el paciente y se caracteriza por ser triste, deprimido, manipulable y el que se autolesiona). Aunque el paciente no identifica qué situaciones preceden a la disociación, se ha observado que guardan estrecha relación con situaciones estresantes o en las que se frustran sus expectativas. (ver figura 1)

Además de este trastorno en la identidad, el paciente reconoce la presencia de alucinaciones auditivas frecuentes en forma de voces de estas cuatro personalidades que hablan entre ellas o se dirigen al paciente de forma comentadora o imperativa. Refiere escuchar de manera audible su

propio pensamiento hablando con el resto de las voces y se comunica con éstas tanto verbalmente como mediante el pensamiento. En todo momento, manifiesta la localización intrapsíquica de las alucinaciones y el criterio de irrealidad de las mismas. En cuanto a otras alteraciones sensorperceptivas, el paciente reconoce haber visto, en momentos de elevada angustia, la silueta de sus otras personalidades (figuras similares a la suya aunque “difuminadas”, cada una de un color).

Asimismo, presenta episodios recurrentes y breves en el tiempo (generalmente horas) de amnesia limitados a los momentos de disociación de la identidad. Además, muestra una intensa amnesia autobiográfica (no recuerda nada de su país natal, no recuerda a su familia de origen o celebraciones vitales importantes). Tras los episodios de disociación, descubre escritos que ha realizado él mismo pero es incapaz de entender la letra. También presenta, aunque en menor intensidad, síntomas de despersonalización (sentimientos de extrañeza sobre sí mismo, autoscopia) y de desrealización (“viéndose como en una película”).

Durante el relato de los hechos traumáticos, existe una clara incongruencia entre lo que el paciente cuenta y la repercusión emocional (disociación del recuerdo traumático).

Esta clínica se acompaña de otros síntomas disociativos como pueden ser los síntomas somatomorfos (presencia frecuente de cefaleas, preocupación persistente por su imagen corporal con distorsión en cara y tripa y conductas alimentarias restrictivas) y de conductas autolesivas.

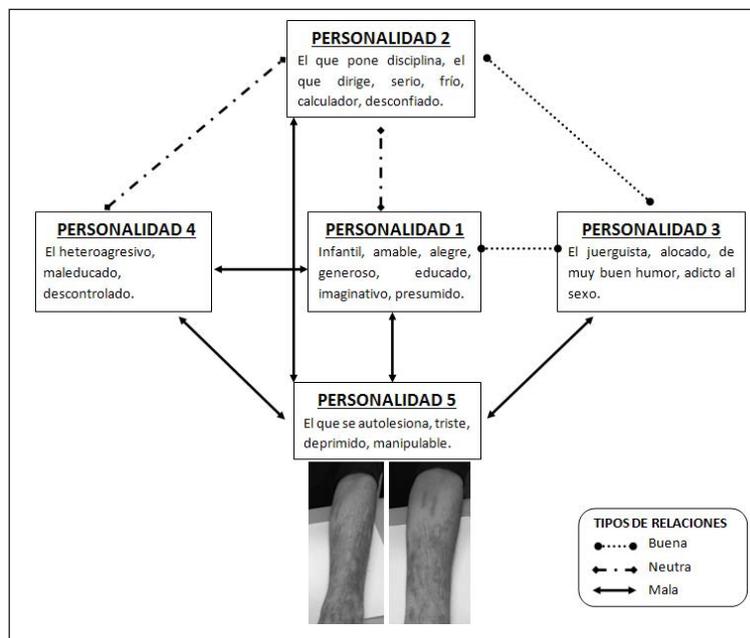


Figura 1: Representación gráfica del trastorno de identidad del paciente: se describen las principales características de cada una de las 5 personalidades que puede llegar a presentar el paciente. Asimismo, el tipo de relación existente entre las diferentes personalidades se representa con diferentes tipos de líneas según la relación sea buena, neutra o mala. Junto a la personalidad 5 se muestra una imagen en la que se pueden objetivar las autolesiones.

*Tratamiento actual:*  
 Quetiapina 100 mg/día,  
 Lorazepam 5 mg/día y  
 Trazodona 100 mg/día.

*Exploración psicopatológica:* Consciente, orientado, colaborador. Aspecto cuidado. Mantiene contacto ocular. Lenguaje fluido, coherente. Sin alteraciones formales ni del contenido del pensamiento. Mantiene adecuado nivel atencional. Describe lagunas mnésicas en las que “otras personalidades” actúan por el paciente, siendo éste incapaz de controlarlas o de recordar con claridad a posteriori lo que ha sucedido. Recuerda algún detalle de lo ocurrido durante la “ausencia” y lo describe como si se tratase de una autoscopia. Fluctuaciones anímicas (irritabilidad, inestabilidad emocional) sin causa aparente; en el momento de la entrevista se encuentra eutímico. No se le observa angustiado sino que relata su historia de enfermedad con escasa repercusión afectiva. Presenta distorsión de su imagen corporal. Niega conductas purgativas y presenta conductas restrictivas en intensidad leve. Hiporexia sin pérdida ponderal cuantificada. Antecedentes de múltiples consumos de tóxicos y abstinencia en el momento actual. Presenta alteraciones conductuales generalizadas a varios contextos y, en los últimos meses, conductas de autolesiones diarias. A nivel caracterial destacan la escasa tolerancia a la frustración, la impulsividad y las dificultades en asumir normas y límites.

*Antecedentes personales:* Sin alergias medicamentosas conocidas. Disonías agudas tras la administración de tratamiento neuroléptico en los cuadros de agitación psicomotriz. Diagnosticado previamente de asma y cefaleas. Intervenido quirúrgicamente de apertura del conducto lacrimal.

*Antecedentes familiares:* Niegan reiteradamente la presencia de antecedentes familiares psiquiátricos filiados; si bien existe historia de abuso sexual en familiares de 1er y 2º grado y posible trastorno disociativo en familiar de primer grado.

*Historia evolutiva:* Embarazo sin complicaciones. Parto a término, eutócico, sin signos de sufrimiento fetal. Peso al nacer: 3 kg. Altura: 53 cm Lactancia materna durante un año. Sin retraso en la adquisición de hitos evolutivos.

*Historia académica:* Antecedentes de buena adaptación socio-académica en Educación Primaria (en su país de origen). Aparentemente, la transición a nivel académico

al venir a España no le supone un esfuerzo y se adapta de manera adecuada. Informan de buen comportamiento en el aula, buenas relaciones con iguales y excelentes resultados académicos hasta los 12 años; llegando a referir que era “el modelo para el resto de la clase”. A partir de ese momento comenzó progresivamente a disminuir el rendimiento académico y a presentar alteraciones conductuales en el colegio. Suspendió 3º de ESO y se cambió de centro. A pesar de ello, se incrementaron las alteraciones conductuales, con nula motivación para el estudio e importante absentismo.

*Patrón de relaciones sociales/afectivas:* En la infancia, se relacionaba tanto con chicos y chicas. A partir de los 12 años comienza a relacionarse únicamente con chicas. Refiere encontrarse “bien integrado a nivel social” así como satisfacción con su grupo de apoyo. Con respecto a su orientación sexual, se declara heterosexual. Ha mantenido varias relaciones de pareja con chicas; aunque reconoce haber mantenido varias relaciones homosexuales por dinero, en episodios de disociación (bajo la voluntad de la personalidad 3).

*Historia familiar:* Es el tercero de una fratria de cuatro hermanos. A nivel familiar, los progenitores han mantenido un estilo educativo rígido, ambivalente y crítico, reconociendo agresiones físicas por parte de ambos progenitores. Su historia de apego se puede catalogar como un apego de tipo desorganizado. Actualmente, las relaciones intrafamiliares están alteradas y el paciente únicamente se relaciona con su madre.

*Exploraciones complementarias:* Se han realizado diversas exploraciones (analítica sanguínea, incluida serología, tóxicos en orina, EEG, RM) que han permitido descartar patología orgánica. También se ha llevado a cabo una evaluación psicológica mediante aplicación de:

- \* Escala de Inteligencia Wechsler para Niños –IV (WISC-IV): CI total: 107; Comprensión verbal: 123; Razonamiento perceptivo: 100; Memoria de trabajo: 97; Velocidad de Procesamiento: 99. Los resultados indican una capacidad cognitiva general en torno al promedio, con superioridad en el razonamiento verbal.
- \* Test de Aprendizaje Verbal España Complutense Infantil (TAVECI): buen rendimiento en la tarea de aprendizaje y rendimiento óptimo en tareas de

recuerdo con claves a largo plazo y reconocimiento. Utiliza estrategias semánticas y seriales para aprender la información; información que se ha mantenido pese al paso del tiempo. No se han apreciado dificultades en los procesos de almacenamiento y recuperación.

\* Inventario Clínico para adolescentes de Millon (MACI): las puntuaciones sugieren rasgos disociales, opositoristas y narcisistas. Puntuaciones tasa base: rebelde (111), opositorista (83) y egocéntrico (82).

\* Inventario Multidimensional de Disociación (MID): los resultados señalan la presencia de síntomas disociativos de intensidad moderada-grave, dentro de las presunciones diagnósticas del test destaca la presencia en eje I de los trastornos de identidad disociativa, de estrés postraumático y de somatización; y en eje II de rasgos problemáticos de personalidad borderline (ver figura 2).

**Diagnóstico:** trastorno de identidad disociativo (F88.41).

**Evolución:** A nivel psicoterapéutico se ha iniciado la fase de estabilización del proceso. Durante el ingreso se ha conseguido controlar la aparición de alteraciones conductuales asociadas a las diferentes personalidades; se ha objetivado una mejoría en la capacidad de control de los síntomas disociativos en el paciente así como clara mejoría a nivel con-

ductual. Además el paciente ha retomado la relación con otros miembros de la familia. A nivel farmacológico, se ha retirado neuroléptico y se ha sustituido el tratamiento ansiolítico de Lorazepam por Pregabalina (375 mg/día) por los antecedentes de abuso de sustancias y fármacos (objetivados en el ingreso).

En cuanto al abordaje psicoterapéutico (7, 8) del TID deben distinguirse 4 fases: I) Fase de estabilización (en esta fase se debe iniciar el proceso de psicoeducación, se debe tratar de establecer un contrato terapéutico con el paciente que incluya un autocuidado adecuado, el cese de las conductas autolesivas, la búsqueda de recursos positivos en el paciente y una orientación hacia la realidad

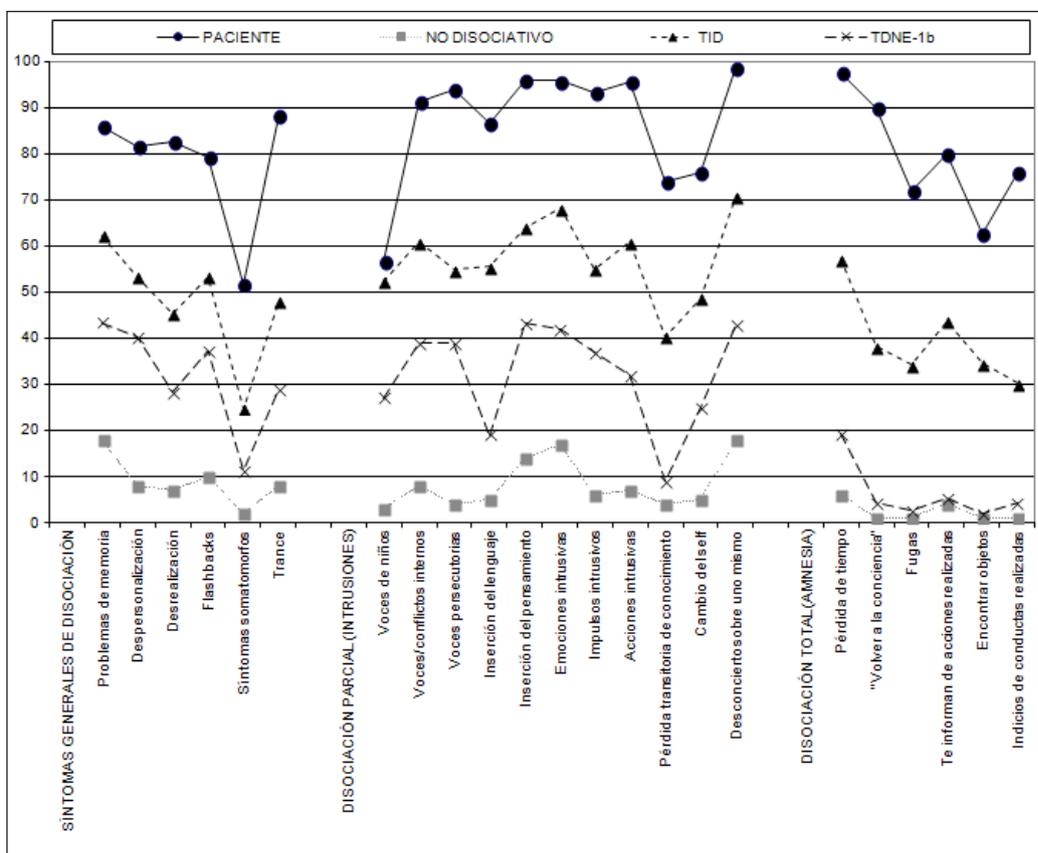


Figura 2. Gráfico de escalas de disociación del inventario multidisciplinar de disociación (MID). TID= Trastorno de identidad disociativo. TDNE-1b: Trastorno disociativo no especificado-1b.

del trastorno y de su situación vital), II) Fase de trabajo con las partes (centrada en establecer una buena alianza terapéutica, desmontar las cogniciones que mantienen las barreras entre estados de conciencia, modificar el estado de discusión y lucha interna de las partes fragmentadas de la identidad por el diálogo y la cooperación, establecer sistemas de ayuda interna y enfocar la colaboración entre partes a conseguir objetivos adaptativos en el mundo externo), III) Fase de procesamiento del trauma (para ello es necesario fusionar las memorias explícitas e implícitas en una narrativa comprensible de los eventos y de las secuelas del incidente traumático, eliminar los síntomas de hiperactivación autonómica que están en conexión con dichas memorias y relegar el evento traumático al pasado), y IV) Fase de integración y postintegración (la integración incluye la asociación de lo previamente disociado, la reconexión de las partes escindidas; permite el desarrollo de funciones mentales más globales y elevadas. El acto de estar integrado nos permite integrar vista, sonido, sensación, pensamiento, predicciones, sentimientos, junto con tiempo, intención y conciencia de la acción, en la experiencia del “ahora”).

## CONCLUSIÓN

El TID es el trastorno disociativo más grave y crónico. Suele originarse en el contexto de una experiencia traumática grave durante la infancia del paciente (nuestro paciente ha sido víctima de reiterados abusos sexuales y físicos) (2). Además, en el caso de este paciente, el patrón de apego desorganizado supone un incremento de la vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno disociativo (9). En este sentido los trastornos disociativos pueden englobarse dentro de los trastornos del espectro post-traumático. Así, la disociación es una forma de defenderse ante el trauma, que con el tiempo se convierte en una manera de manejar cualquier tipo de estrés. Las manifestaciones clínicas del TID son muy variadas: trastornos de identidad, amnesia autobiográfica, disociación de los elementos del recuerdo traumático, fenómenos de despersonalización y desrealización, alucinaciones y fenómenos de primer rango, alteraciones

del *self*, síntomas somatomorfos y conductas autolesivas. Esta concurrencia de síntomas somáticos y psíquicos, con fluctuaciones en la expresión sintomática y en el grado de repercusión funcional suele conducir a diagnóstico y tratamientos erróneos (10). El pilar fundamental del tratamiento del TID es la psicoterapia (7).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernandez R, Sar V, Simeon D, Vermetten E, et al. Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28(12):E17-45.
2. Sar V. Epidemiology of Dissociative Disorders: An Overview. *Epidemiol Res Int* vol. 2011, Article ID 404538, 8 pages, 2011. doi:10.1155/2011/404538
3. Ross CA. Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatr Clin North Am* 1991; 14(3):503-17.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
5. Ellason JW, Ross CA, Fuchs DL. Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry* 1996;59(3):255-66.
6. Stubner S, Volkl G, Soyka M. Differential diagnosis of dissociative identity disorder (multiple personality disorder). *Nervenarzt* 1998;69(5):440-5.
7. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *J Trauma Dissociation* 2011;12(2):115-87.
8. Gonzalez-Vazquez A. Trastornos Disociativos. 2ª edición. Madrid: Ed. Pleyades; 2010.
9. Liotti G. Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation* 1992;5(4):196-204.
10. Kluft RP. An update on multiple personality disorder. *Hosp Community Psychiatry* 1987;38(4):363-73.

José Luis Pérez Méndez.  
Jesús Rodríguez Olalla.  
José Ignacio Suárez Soto.

Unidad de Salud Mental Infantojuvenil. Hospital  
Universitario Puerta del Mar. Cádiz.  
28 de mayo de 2013

**Correspondencia:**

José Luis Pérez Méndez.  
Calle Moral, nº 8. Villamartin.  
Código Postal: 11650. Cádiz.  
joseluisperez22@hotmail.com

## *Caso Clínico*

37

### *Un caso de trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.*

### *A case of Eating behavior disorder in childhood.*

---

#### **INTRODUCCIÓN**

El denominado Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o niñez recogido en el DSM-IV-TR (1), se define como “Una alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante por lo menos un mes” además su inicio debe ser anterior a los seis años de edad. Abarca una serie de conductas disfuncionales relacionadas con la ingestión alimentaria como pueden ser: tragar sin masticar la comida, negarse a comer, vomitar la comida o masticar con excesiva lentitud. Estos tipos de problemas angustian a los padres de manera desmesurada en muchas ocasiones. Con cierta frecuencia no saben cómo abordarlo, con lo que intentan múltiples maneras de solucionarlo, entre las que se encuentran un peregrinaje por distintos especialistas y la consecuente realización de múltiples pruebas médicas así como una medicalización innecesaria, que en la mayoría de las ocasiones resultan infructuosas.

Esta problemática es bastante frecuente en la infancia. Manikam y Perman (2) afirman que más del 25 por ciento de los niños presentan conductas difíciles relacionadas con la alimentación, llegando hasta el 80 por ciento en niños con dificultades ambientales. En un estudio llevado a cabo en Londres (3) con niños de tres años de edad, se encontró que el 16 por ciento mostraba, poco apetito y

el 12 por ciento eran caprichosos con los alimentos. No se encontraron diferencias entre sexos. Los problemas se mantuvieron en dos tercios de los niños al año siguiente y en un tercio tres años después.

Normalmente este tipo de trastornos de la conducta alimentaria requiere de dos tipos de intervenciones específicas:

1. La instauración de hábitos alimentarios “adecuados” y su mantenimiento. Cambiando el patrón relacional que se establece entre el niño y el cuidador principal durante el acto de la alimentación.
2. Modificación de las creencias de los padres acerca de la alimentación del niño (4). En muchas ocasiones el problema se sitúa en creencias erróneas por parte de los padres acerca de lo que es adecuado o no comer o sobre la idea de delgadez.

Este tipo de patologías alimentarias normalmente no suponen un riesgo vital para el menor, pero sí pueden ocasionar diferentes desajustes en el desarrollo personal y en la propia configuración de la dinámica familiar. Así en muchos hogares son motivo de discusión entre los progenitores, de disputas entre padres e hijos y de desacuerdo entre distintos miembros del clan familiar configurando un ambiente propicio para la aparición de nuevos problemas de índole conductual, fisiológica o

emocional.

Chambless y Ollendick (5) recogen los tratamientos psicológicos empíricamente validados establecidos por los grupos de trabajo de la Task Force de la APA. Dentro de los problemas pediátricos, y más concretamente de los alimentarios, Kerwin (6) establece que el único tratamiento empíricamente validado para los trastornos severos de alimentación es la terapia de conducta.

### CASO CLÍNICO

Raquel es una niña de tres años y 10 meses. Acude a la Unidad de Salud Mental Infanto juvenil, derivada por su pediatra, acompañada de ambos progenitores y de la abuela materna. El motivo de consulta consiste en que se niega a comer la mayor parte de las comidas y cuando se le obliga acaba vomitando, además aparecen miedos frecuentes y una importante ansiedad cuando desaparece la madre.

La negativa a comer y los vómitos aparecen desde que Raquel tenía aproximadamente un año de edad, y han ido empeorando con el transcurso del tiempo. En el momento de la consulta aparecen a diario en una o dos ocasiones, normalmente durante las comidas principales.

No cuenta con antecedentes familiares de patología digestiva ni de salud mental. Es hija única y muy deseada, perteneciente a una familia de clase media sin problemas relevantes. Ambos progenitores y parte de la familia extensa se encuentran muy preocupados por los problemas de alimentación de Raquel. Los padres muestran disparidad de criterios en cuanto a la definición y abordaje del problema de alimentación. Raquel se encuentra mucho más vinculada a su madre que a su padre.

Entre los antecedentes personales, cabe destacar, que ha estado en seguimiento por cuatro especialistas digestivos pediátricos además de por su pediatra de zona, no evidenciándose patología orgánica que justifique las alteraciones alimentarias. Sin otros antecedentes orgánicos de interés.

Respecto a su historia evolutiva no cabe señalar ningún tipo de incidencia. Embarazo fisiológico sin problemas durante el mismo. Parto eutócico a las 38 semanas. Apgar 9/10. Lactancia materna hasta los 5 meses, que abandona por iniciativa de la madre “creía que no se saciaba lo suficiente...”. Deambulación a los 12 meses. Primeras palabras a los 12 meses. Control de esfínter anal completado a los 36 meses, y control de esfínter vesical diurno a los 36 meses, aún con escapes nocturnos. Desarrollo social

sin incidencias en presencia de la madre, aunque alterado cuando ésta se marcha. Aún no se encuentran presentes conductas autónomas en la alimentación ni en el aseo personal. Cabe destacar apego excesivo a la madre con importante ansiedad de separación.

En la exploración se evidencia excesiva timidez. Establece el contacto visual, aunque con mirada evasiva. No responde a las preguntas realizadas y se niega a colaborar en tareas o juegos. Sin alteraciones en la motricidad fina ni gruesa. Ansiedad de separación ante la figura materna. Miedos múltiples destacando el miedo a los perros, a los insectos, a los médicos y a los payasos. Peso por debajo de la media, percentil 30.

Entre los objetivos terapéuticos se establecen: mejorar el patrón alimentario, la desaparición de los vómitos, trabajar sobre la pauta de vinculación y apego con las figuras de crianza significativas, propiciar una visión segura del entorno y eliminar los distintos miedos.

Como primer objetivo de tratamiento marcamos el problema alimentario. En la valoración observamos que la pauta está muy determinada por la interacción ansiosa que se produce entre la madre (que es la que normalmente se ocupa de la alimentación) y Raquel, por lo que diseñamos una intervención destinada a establecer un vínculo seguro. Para ello realizamos las siguientes prescripciones:

1. Prohibición explícita de hablar de los problemas de alimentación de Raquel.
2. Establecer un patrón adecuado de alimentación, que se caracteriza por cuatro comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda y cena) no pudiendo ingerir ningún alimento el otro momento del día. No obligar a Raquel a comer cuando se niegue.
3. Organización en torno al horario de comidas y al tiempo dedicado a las mismas, acordamos 40 minutos para las comidas principales y unos 25 para el resto y fijamos un horario de comidas.
4. Potenciar la autonomía de Raquel durante las comidas, de tal forma que se tendrá que sentar y empezar a comer sola, sin ningún tipo de distracción ni comentario acerca de la forma o cantidad que come.
5. En el caso en que vomite durante las comidas no se le prestará atención, y de una forma tranquila se recogerá el vómito, y Raquel tendrá que seguir sentada en la silla, con opción a continuar comiendo, hasta que el tiempo destinado a la comida cese.

Las técnicas aplicadas durante esta intervención son: el refuerzo positivo de conductas adecuadas y sanas relacionadas con una alimentación sana, autónoma y variada (práctica positiva). La extinción de conductas inadecuadas, como puede ser el vómito que le servía a la paciente para evitar seguir comiendo. El control de estímulos: silla, hora, habitación y comida.

Se programaron tres sesiones semanales, para reforzar las intervenciones planteadas. En sesiones sucesivas fue aumentando la ingestión alimentaria a la par que disminuían los vómitos. En la tercera sesión desaparecieron las conductas de vómitos y se estableció un patrón alimentario "adecuado". Además, esto repercutió de manera positiva en el resto de problemas de Raquel: había disminución generalizada de los miedos, se relacionaba con mayor frecuencia de manera espontánea con extraños y se habían aminorado los episodios de ansiedad de separación. Todo esto coincide con una mejora de su problema alimentario y su patrón de apego con su cuidadora principal. Además se reestableció un clima familiar más sano, evidenciándose acuerdo parental y menos disputas. Se programaron dos sesiones mensuales para reforzar los cambios y para observar el seguimiento, en las que se mantuvieron la mejoría de las conductas problema.

En el seguimiento a los tres meses, se evidenció un aumento de peso ponderal, pasando del percentil 30 al 65 a lo largo de los tres meses siguientes y permaneciendo el resto de cambios. Al año se realizó un seguimiento telefónico que confirmó la mejoría, procediéndose al alta definitiva.

## DISCUSIÓN

Los problemas de alimentación en la infancia, en muchas ocasiones se terminan complicando debido a la intervención de múltiples factores entre los que cabe destacar: los factores familiares (falta de acuerdo entre los padres, gran ansiedad del cuidador principal, expectativas negativas en torno a la alimentación del hijo o hija...), los factores relacionados con el propio infante

(factores temperamentales) y los factores relacionados con la respuesta que los profesionales damos a este tipo de problemática (intervencionismo excesivo y concepción de la alteración alimentaria como un problema físico versus relacional, emocional y/o conductual). Por ello, es necesario plantear nuevas alternativas a la hora de abordar esta problemática, alternativas que incidan más en la génesis del problema y que pueda aportar una visión integral bajo el paradigma biopsicosocial que predomina el enfoque sanitario asistencial actual. Este tipo de intervenciones a su vez suponen una estrategia preventiva para problemas futuros, ya que establecen la base de la relación del infante con la comida y actúan en la relación cuidador principal-niño, de ahí la importancia de llevarlas a cabo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>o</sup> edición texto revisado) (DSM-IV-TR). Washington, DC: Editorial Masson.
2. Manikam, R. y Perman, J.A. (2000). Pediatric feeding disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 30, 34-46.
3. Herbert. M. (2002). Padres e hijos. Problemas cotidianos en la infancia. Madrid: Pirámide.
4. Blisset, J., Meyer, C., Farrow, C., Bryant-Waugh, R. y Nicholls, D. (2005). Maternal core beliefs and children's feeding problems. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 127-134.
5. Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-756.
6. Kerwin, M. E. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 193-214.

*Fobia a la alimentación  
oral tras alimentación  
parenteral: tratamiento de  
un niño de 30 meses*

*Feeding phobia after  
parenteral feeding: the  
treatment of a 30 months-  
old child*

40

<sup>1</sup> Conde-García, Rafael;  
<sup>2</sup> González-Barroso, Ana-Rosa;  
<sup>2</sup> Herrera-Rodríguez, Sara;  
<sup>2</sup> Álvarez-Fernández, Sonia

<sup>1</sup> Psicólogo clínico. Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento "Francisco Díaz". Área "S". Salud Mental. Programa de niños y adolescentes. C/Octavio Paz, s/n.

28806. Alcalá de Henares. Madrid.

<sup>2</sup> Psicólogo interno residente. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

**Correspondencia:**

Rafael Conde García.

Centro de Salud Mental Infantojuvenil. CIDT Francisco Díaz.

C/ Octavio Paz n10

28806, Alcalá de Henares, Madrid

Telf. 91 889 56 62

Correo electrónico: rafacongar@gmail.com

**Financiación y conflictos de intereses**

El artículo se llevó a cabo sin financiación externa.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

**RESUMEN**

La fobia a la alimentación, fobia a tragar o fobia a atragantarse es una patología frecuente en la clínica pero poco estudiada desde el punto de vista científico. Si bien este trastorno no se encuentra recogido en ninguna de las clasificaciones diagnósticas actuales, el interés despertado desde el ámbito clínico ha hecho proliferar numerosos estudios de casos. El objetivo de esta publicación es la presentación de un caso clínico, así como la intervención llevada a cabo desde el servicio de Salud Mental Infanto Juvenil en coordinación con Atención Primaria y Atención Temprana. Se trata de un varón de 30 meses de edad que presentaba rechazo a la ingesta de alimentos sólidos tras intervención con gastrostomía por reflujo gastroesofágico. Desde Salud Mental se puso en marcha un programa de modificación de conducta para la progresiva incorporación de alimentación vía oral y la retirada de alimentación vía parenteral. Se consiguió la

total restitución de la alimentación oral a los seis meses de intervención.

**Palabras clave:** Trastornos fóbicos, Trastornos de la alimentación en la infancia, nutrición parenteral, Modificación de conducta.

**ABSTRACT**

Feeding phobia; swallow phobia or choking phobia are frequent pathologies in clinical practice but barely studied in a scientific way. Although this disease is not under any of the clinical classifications, it has drawn the clinicians' attention and it has generated a considerable body of research through clinical case studies. The purpose of this paper is the presentation of a clinical case and the intervention carried out from Childhood Mental Health Services in coordination with Primary Attention Services and Early Childhood Intervention Services. It is about a 30-months-old child who presented refusal

behaviour to ingest solid food after an intervention with gastrostomy for gastroesophageal reflux. From Mental Health Services, a behavioural modification program was carried out, with the purpose of a progressive incorporation of oral feeding and the withdrawal of parental nutrition. It was achieved a complete restitution of oral feeding after six months of treatment.

**Keywords:** Phobic Disorders, Feeding and Eating Disorders of Childhood, Parenteral Nutrition, Behaviour Modification.

## INTRODUCCIÓN

Los problemas relacionados con la ingestión y la alimentación durante la infancia constituyen una de las demandas más habituales en los servicios de atención infanto-juvenil, tanto a nivel de Atención Primaria, como en Atención Especializada.

La fobia a la alimentación no tiene entidad nosológica propia, por lo que incluso el concepto está pobremente delimitado, encontrando numerosas formas de aludir al mismo. Este fenómeno ha sido descrito en la literatura, tanto de patología infantil como “fobia a la alimentación” como en la de adultos, “fobia a atragantarse”<sup>1</sup>; “fobia a tragar”<sup>2</sup> o “miedo a comer”<sup>3</sup>. Aunque cada uno de ellos cuenta con matices distintos, en la mayoría de los casos se utilizan indistintamente para aludir al rechazo de la persona a tomar alimentos sólidos, teniendo la ansiedad como común denominador<sup>4</sup>. Si bien, el concepto de fobia a tragar (swallow phobia) es más general, ya que incluye casos en los que el miedo no es a atragantarse, sino, por ejemplo, al dolor que podría provocar esto; el más frecuente en la literatura es el de fobia a atragantarse (choking phobia). Éste ha sido descrito como un trastorno caracterizado por un intenso miedo a atragantarse, con presencia de conductas de evitación y escape consistentes en una restricción tanto cualitativa como cuantitativa de comida sólida, bebidas o pastillas en ausencia de problemas anatómicos o fisiológicos<sup>5</sup>.

Este trastorno puede asociarse a importantes complicaciones orgánicas (como deshidratación y pérdida de peso) o psiquiátricas (como retraso en el desarrollo, problemas de relación o trastornos de ansiedad), por lo que el diagnóstico y la intervención precoces son clave<sup>6</sup>. Sin embargo, las grandes clasificaciones diagnósticas no lo recogen, pudiendo codificarse dentro de los trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez; o como fobia específica, dentro del apartado otros tipos.

La prevalencia y pronóstico a largo plazo de este tipo de fobia son desconocidos, debido a que se ha prestado poca atención al estudio empírico de ésta. La mayoría de la literatura recoge estudios de casos, la mayor parte de ellos en población adulta, dejando la población infantil con menor cuerpo de investigación.

En lo referente a la etiología, se ha especulado que la aparición del trastorno la desencadenaría un suceso traumático de atragantamiento, tras el cual se desarrollaría el miedo a tragar y a atragantarse durante la ingestión<sup>7,1,8</sup>. En los años 80 se llegó a proponer el concepto de Trastorno de la alimentación post traumático, acuñado por Chatoor, Conley y Dickson<sup>7</sup> para describir aquellos casos en los que episodios previos de atragantamiento se acompañaron de miedo a morir. Sin embargo, también otros factores estresantes pueden desencadenar el trastorno, como la disrupción de la rutina normal de la familia por la preocupación de los padres por normalizar la ingesta y la negativa de los niños a comer<sup>8</sup>. De esta forma, la ansiedad de los padres podría exacerbar las tensiones que rodean la hora de la comida<sup>9</sup>. Scemes y cols hipotetizan que los incidentes con la comida, junto con un estilo de vida aversivo, pueden formar un amplio abanico de estímulos, de los cuales la comida entra a formar parte<sup>10</sup>. Por otro lado, este tipo de trastorno está a menudo relacionado con condiciones en las que el niño experimenta un dolor o disconfort tras tragar comida, lo que condiciona aversivamente la conducta de tragar. Es frecuente, por ejemplo, que aparezca relacionado con el Reflujo Gastroesofágico (RGEE).

## CASO CLÍNICO

Varón de 30 meses que acude a consulta ambulatoria de Salud Mental Infanto Juvenil derivado desde el servicio de pediatría por presentar rechazo a la ingesta de alimentos sólidos.

A los 3 meses y medio de edad, el paciente ingresa en el Servicio de Gastroenterología por presentar RGEE acompañado de incoordinación deglutoria, que requirió intervención quirúrgica laparoscópica mediante la técnica de Nissen y gastrostomía. Al alta, recibe alimentación vía parenteral combinándose progresivamente con alimentación oral. El niño presenta desde el inicio conductas de agitación e irritabilidad cada vez que veía algún signo anticipatorio de que los padres le iban a intentar dar la comida, salvo cuando la alimentación era por sonda. A los 5 meses de edad, es derivado a los servicios de Aten-

ción Temprana por presentar retraso madurativo donde es tratado con técnicas de estimulación global, trabajando aspectos motores, de autonomía, de comunicación-lenguaje y perceptivo-cognitivos. A los 30 meses de edad acude a Salud Mental donde se aborda la fobia a la alimentación en coordinación con otros servicios. Al finalizar la intervención es derivado a Logopedia para trabajar problemas en el lenguaje expresivo tales como un inadecuado uso de la voz que finalmente llega a producir una disfonía, así como dificultades leves de interacción con iguales. Esto, junto con algunas limitaciones en el área de la autonomía personal (aseo y ducha), podrían evolucionar en conductas disruptivas, por lo que actualmente se continúa la intervención centrada en estos aspectos.

### TRATAMIENTO

Desde Salud Mental, se puso en marcha un programa de terapia conductual centrado en eliminar las conductas de evitación a la comida. Por otra parte, desde las consultas pediátricas se llevó a cabo el control del peso y la talla, así como el seguimiento de la patología orgánica (RGEE).

Una vez establecida la línea base, se diseñó el plan basado en la reducción paulatina de la alimentación vía parenteral y paralelamente el aumento progresivo de la alimentación vía oral (ver Tabla 1), generalizándose

gradualmente a todas las tomas.

Para conseguir la reducción de las conductas disruptivas que funcionaban como mecanismo de evitación de la comida, se utilizó un programa de modificación de conducta basado en la Desensibilización Sistemática (DS). La DS se basa en la asociación del estímulo temido con una respuesta emocional incompatible con la ansiedad,

Semanas		Desayuno	Almuerzo	Comida	Merienda	Cena
Línea base	PARENTERAL	350 gr	0	350 gr	0	350gr
	ORAL	0	0	0	0	0
2 semanas	PARENTERAL	300 gr	0	200 gr		150 gr
	ORAL	0	0	100 gr	Si permite	200 gr
4 semanas	PARENTERAL	250 gr	0	200 gr		150 gr
	ORAL	Alimentos conocidos		Alimentos conocidos		Alimentos conocidos

de forma que ésta última se eliminaría por *contracondicionamiento*.

En este caso, dicho programa se estableció de la siguiente manera:

- Se proporcionó psicoeducación, tanto al paciente como a los padres sobre el problema y el tratamiento, involucrando de forma activa a los padres en la intervención.
- Se entrenó a los padres para que los momentos de la

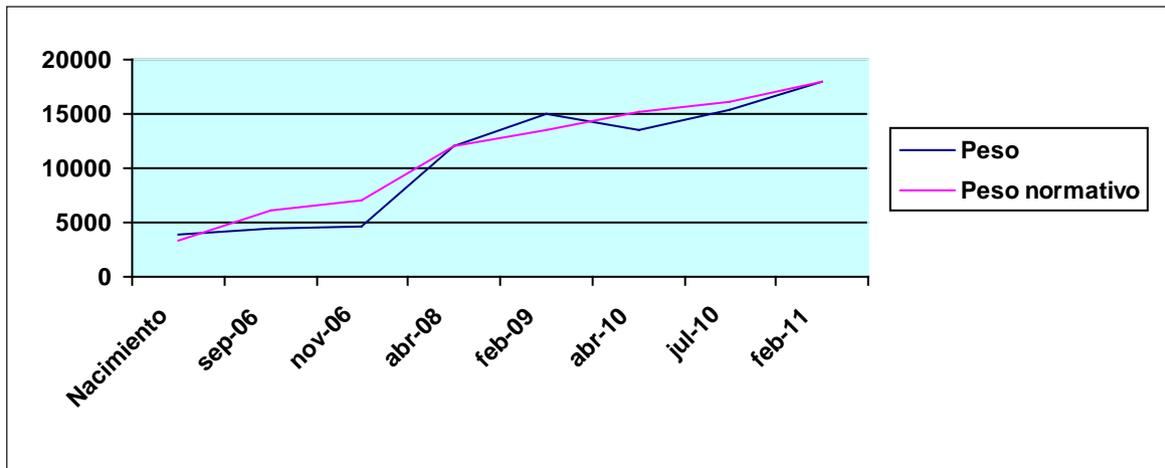


Figura 1. Desarrollo ponderal durante la intervención \*Gastrostomía en Octubre de 2006

comida fueran situaciones agradables para el paciente, sin presiones; de forma que la situación fóbica fuera asociándose con estímulos positivos.

- Se hizo especial hincapié en el refuerzo positivo por parte de los padres, de tal forma que se fuera consolidando cada progreso y haciendo protagonista del cambio al propio paciente.

A las cuatro semanas de comenzar la retirada paulatina de la alimentación vía parenteral, los cambios propuestos se habían consolidado, consiguiendo la exposición del niño a la deglución.

Tras seis meses de intervención, las conductas de evitación desaparecieron y se restituyó completamente la alimentación vía oral, por lo que finalmente fue retirada la sonda de gastrostomía mediante intervención quirúrgica. En el momento actual sus hábitos de alimentación se han normalizado y ha ido recuperando paulatinamente un peso adecuado a su edad (ver Figura 1).

## DISCUSION

Aunque ha quedado relegada a un diagnóstico residual dentro de las fobias específicas, tal y como se ilustra en este caso clínico, interfiere de forma significativa en la vida de los pacientes, especialmente de los niños, ya que puede retrasar e incluso impedir el desarrollo, tanto a nivel físico, como a nivel cognitivo, emocional y relacional.

El tratamiento de este tipo de trastornos precisa de una intervención desde un modelo integral, que requiere la coordinación de los distintos profesionales involucrados en la atención del paciente, así como por la ineludible implicación de los familiares.

La intervención realizada desde Salud Mental, parte de un planteamiento sencillo y aplicable desde los Servicios de Salud Públicos, pero cuya eficacia se vería reducida sin la intervención precoz y coordinada de los distintos profesionales implicados.

## BIBLIOGRAFIA

1. McNally RJ. Choking phobia: a review of the literature. *Compr Psychiatry*. 1994 Jan-Feb;35(1):83-9.
2. Shapiro J, Franko DL y Gagne A. Phagophobia: a form of psychogenic dysphagia. A new entity. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1997 Apr;106(4):286-90.
3. Nock MK. A multiple baseline evaluation of the treatment of food phobia in a young boy. *J Behav Ther Psychiatry*, 2002 Sep-Dec: 33(3-4): 217-25.
4. Evans IM y Pachtel P. (2011). Phagophobia: Behavioural Treatment of a Complex Case Involving Fear of Fear. *Clinical Case Studies*. 2011; 10.
5. Chorpita BF, Vitali AE, Barlow DH. Behavioral treatment of choking phobia in an adolescent: an experimental analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1997;28(4):307-15.
6. De Lucas-Taracena MT, Montañes-Rada F. Fobia a tragar: clínica, diagnóstico y tratamiento. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34(5):309-16.
7. Chatoor I, Conley C y Dickson L. Food refusal after an incident of choking: a posttraumatic eating disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988 Jan; 27 (1): 105-10.
8. Singer LT, Ambuel B, Wade S y Jaffe AC. Cognitive-behavioural treatment of health impairing food phobias in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992 Sep; 31 (5): 847-52.
9. Okada, A., Tsukamoto, C., Hosogi, M., Yamana-ka, E., Watanabe, K., Ootyou, K., & Morishima, T. A study of psycho-pathology and treatment of children with phagophobia. *Acta Medica Okayam*. 2007: 61:261-269.
10. Scemes S, Wielenska RC, Gentil Savoia M y Bernik M. Choking phobia: full remission following behavior therapy. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009. 31(3):257-60.

**En torno a la Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia  
(Libro Homenaje al Dr. Vicente López-Ibor Camós)**

**VVAA. Editorial Travesías.  
Colección Divulgación Científica.  
Junio 2012. 522 págs.**

Este libro nace por el deseo de los autores de rendir homenaje a uno de los fundadores de la Paidopsiquiatría en España: Director del Instituto Neuropsiquiátrico Infantil Albor desde 1.959 a 1.985; consultor de Psiquiatría Infantil de la Fundación Jiménez Díaz hasta 1.987, donde una de los coautores de esta reseña tuvo el privilegio de formarse; miembro del Consejo del Instituto Nacional de Educación Especial en 1.975; Vicepresidente de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil desde 1.974; Presidente entre 1.984 y 1.988 y con posterioridad Presidente de Honor de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente; Vicepresidente del Comité Organizador del VI Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatría 1.979 y Presidente del Comité Organizador del VII Congreso Nacional de la AEPNYA en 1.994, así como otros numerosos cargos y cometidos que se refieren en esta obra.

La tarea de coordinación del libro la realizó el Dr. José Luis Pedreira Massa, como explica con su habitual precisión en el capítulo tercero de introducción, además de ser un coautor prolífico de diversos e interesantes capítulos. En la primera parte Juan Martín Masdeu, Madó Domínguez Santos, Federico Mayor Zaragoza y Manuel Escudero Fernández realizan una presentación de la misma, seguido de un capítulo de semblanzas realizada por Valentín J. M<sup>a</sup> Conde López, María del Carmen Ballesteros Alcalde, Concepción Gómez-Ferrer Górriz y Antonio Fernández Moreno. Los comienzos de la Psiquiatría Infan-

til madrileña los investiga en profundidad Diego Gutiérrez Gómez en el capítulo cuarto. A éste siguen dos capítulos sobre las ciencias básicas en la Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia: El primero de Magdalena Ugarte, Federico Mayor Menéndez y Fernando Valdivieso, sobre la prevención de errores congénitos del metabolismo y el posterior acerca del papel de la proteína ribosomal S6kinasa 1(S6KA) en el balance supervivencia/muerte celular en el hígado, escrito por Ángela M<sup>a</sup> Martínez Valverde.

El apartado tercero incluye del capítulo séptimo al veintidós y trata de la actualización de los trastornos mentales (T.M.) en la infancia y la adolescencia. En el capítulo séptimo Juan José y Francisco J. López-Ibor exponen los trastornos por externalización e internalización. En el octavo E. Sardinero y J. L. Pedreira Massa explican la psicopatología vincular y su importancia en los T.M. en la edad adulta. En el siguiente Jesús Vázquez desarrolla el tema del autismo infantil y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde la perspectiva de las nuevas tecnologías de análisis masivo. En el décimo J. E. de la Fuente se plantea la posible conexión entre los llamados trastornos hipercinéticos o por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos disociales, de la conducta o del comportamiento, con el seguimiento longitudinal de una población clínica durante veintiséis años. En el undécimo J. L. Pedreira Massa y Héctor S. Basile examinan los problemas planteados por el acoso moral entre pares (bullying). En el duodécimo, Jaime y Asunción Rodríguez Sacristán defienden la importancia clínica de los síndromes evolutivos de transición en psicopatología infanto-juvenil. En el siguiente capítulo, J. Tomás, A. Bielsa, N. Bassar, M. Molina, A. Rafael y C. Raheb glosan su experiencia en torno a la agresividad y la violencia en los adolescentes normales. En el decimocuarto

M<sup>a</sup> Jesús Mar Domingo Sanz estudia el consumo de drogas en la adolescencia. En el decimoquinto José Mariano Velilla Picazo analiza los trastornos de la conducta alimentaria de inicio temprano. Antonio Agüero Juan desarrolla el antiguo y clásico tema de la continuidad y discontinuidad clínica entre la edad infantil y el adulto en los trastornos psicóticos, en el capítulo siguiente. A. Peláez Antolín, C. Antolín Diego y J.L. Alcázar Fernández comentan los contenidos diferenciales en el diagnóstico de los T.M. prevalentes, en la edad infantil y en la edad adulta. En el capítulo dieciocho V. J. M<sup>a</sup> Conde López y M. C. Ballesteros Alcalde introducen al tema de la Psicopatología y Psiquiatría Infanto-Juveniles, desde la perspectiva de la Psiquiatría del adulto, sobre la base de la Psicopatología clínica cuantitativa y epidemiológica, evolutiva y del desarrollo, revisando el tema de las continuidades y discontinuidades clínicas en Paidopsiquiatría. En el último capítulo de este apartado Javier San Sebastián Cabasés expone los aspectos éticos y legales en la salud mental de los niños.

La sección tercera discurre acerca de las perspectivas terapéuticas de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia en tres capítulos. En el primero J. Tomás i Vilaltella y J. L. Pedreira Massa revisan las dificultades de la elección terapéutica en los T.M. de estas etapas; y a continuación J.L. Pedreira y M. Graell Berna tratan de la prescripción de psicofármacos en la infancia y la adolescencia. En el capítulo vigésimo segundo J.L. Pedreira, E. Sardinero García y J. L. González de Rivera y Revuelta llevan a cabo una aproximación al estado actual de la psicoterapia y psicoterapias en la infancia y la adolescencia.

Sigue un novedoso apartado sobre investigación y desarrollo, tratando de la aportación de la ingeniería a las neurociencias: Experiencias de una simbiosis interdisciplinar, siendo realizado por Gonzalo León, Francisco del Pozo, Javier DeFelipe y Fernando Maestú.

En el capítulo en torno a una patente actualidad, Fernando Díez Moreno plantea: ¿Para cuándo la especialidad en Psiquiatría Infantil?

El epílogo de Joaquín Carbonell sobre la amistad, se sintetiza en su cita de las Cartas a Lucilio, de Séneca: “Podría darte el nombre de muchos que carecieron, no de amigos si no de amistad. Ello no puede ocurrir cuando aparee las almas el deseo recíproco de los bienes honestos”, pues éste ha sido uno de los objetivos cumplidos de este libro homenaje a D. Vicente López-Ibor Camós en compañía de algunos de sus numerosos amigos y colegas que le acompañan en su devenir ya que él, como Plauto (Miles gloriosus 885), es consciente de que nadie por sí sólo sabe bastante, ni se basta a sí mismo, pero entre muchos se puede lograr lo inalcanzable.

Lo reseñado refleja el interés de este texto, novedoso, profundo e integrador, al tiempo que se remonta a parte de los orígenes de la historia de la Paidopsiquiatría española y de algunas de sus implicaciones históricas, básicas, aplicadas e interdisciplinarias y a las expresiones de afecto y amistad que el Dr. López-Ibor Camós tiene tan merecido.

*M<sup>a</sup> del Carmen Ballesteros Alcalde y Valentín J. M<sup>a</sup> Conde López*

En el Programa correspondiente al 58 Congreso Nacional de AEPNYA, celebrado en Granada del 16 al 18 de Mayo de 2013, se omitió por error la inclusión de la siguiente Comunicación Oral presentada en el mismo.

### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UNA MUESTRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE RIESGO DE PSICOSIS**

*I Baeza Pertegaz (1), E de la Serna Gómez (2), G Sgranyes Ernest (3), O Puig Navarro (4), C Espelt March (4), J Tor Fabra (5), M Carulla Roig (6), V Sánchez Gistau (7), M Espadas Tejerina (8), M Dolz Abadía (9)*

*(1) Psiquiatra. Doctora en Medicina y Cirugía. Coordinadora del Programa de Psicosis Incipiente Esquerra de l'Eixample, Programa Esquizofrenia Clínic, Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Institut Clínic de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM.*

*(2) Psicóloga. Doctora en Neurociencias. CIBERSAM, Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Institut Clínic de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona.*

*(3) Psiquiatra. Doctora en Medicina y Cirugía. Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Institut Clínic de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS.*

*(4) Psicóloga, Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Institut Clínic de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona.*

*(5) Psicóloga. Investigadora becaria. Fundació per a la Recerca i la Docència Sant Joan de Déu. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.*

*(6) Psiquiatra. Investigadora becaria. Fundació per a la recerca i la docència Sant Joan de Déu. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.*

*(7) Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Institut Clínic de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona.*

*(8) Psiquiatra, facultativo especialista. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.*

*(9) Psiquiatra, facultativo especialista senior. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.*

#### **Introducción/antecedentes:**

Según la hipótesis del neurodesarrollo y la neurodegeneración (Bota et al, 2008) en los trastornos psicóticos existiría un estadije ("Clinical staging model"; McGorry et al, 2008), que definiría el grado de progresión de la enfermedad, siendo el primer estadio el ultra-riesgo de psicosis, también llamado fase prodrómica o síndrome de riesgo de psicosis (SRP; Correll et al, 2010). Durante esta fase, la vulnerabilidad a progresar a una psicosis podría detectarse con varios indicadores.

Los estudios realizados hasta el momento en sujetos con SRP incluyen principalmente mayores de 18 años, o en algún caso, mayores de 14 años (Cornblatt et al, 2002), pero el umbral de psicosis y los síntomas atenuados podría ser diferente en población menor de 18 años (Arango et al, 2011), por lo que es importante estudiar la población infanto-juvenil con este síndrome.

#### **Hipótesis y Objetivos:**

Describir las características clínicas de una muestra de niños y adolescentes con SRP.

#### **Material y Métodos:**

Se evaluaron sujetos que acudían demandando ayuda y que cumplían criterios de SRP en los servicios de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil del Hospital Clínic y el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Criterios de inclusión (Miller et al, 2002; Lencz et al, 2004; Klosterkotter et al, 2001): 1) Síntomas positivos o negativos atenuados en los 12 meses previos; 2) Síntomas psicóticos breves e intermitentes; 3) Familiar de 1º o 2º grado ó Tr.esquizotípico+ disminución del funcionamiento; edad: 10-17 años. Se administró la entrevista/escala "Semitructured Interview for Prodromal Syndromes"/"Scale of Prodromal Symptoms" (SIPS/SOPS) para la evaluación del riesgo de psicosis. En la SOPS se describen 4 subescalas (síntomas positivos, negativos, desorganización y general) y una puntuación total. Se administró también una batería de escalas clíni-

cas, incluyendo la entrevista diagnóstica Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version (K-SADS-PL).

**Resultados:**

Se han incluido 18 sujetos (15,3±1,7 años, rango: 12-17 años; 33,3% varones). 10 (55,6%) cumplían el criterio 1 de inclusión. En la escala SOPS las puntuaciones fueron: (Positiva: 9,7±5,1; Negativa: 14,9±5,3; Desorganización: 5,7±3,1; General: 9,4±2,8; Total: 39,1±10,9). GAF: 56,6'±7,3; GAF social: 6,4±1,4; GAF rol: 5,8±1. Once (61,1%) pacientes cumplían criterios DSM-IV para algún diagnóstico actual: trastornos del estado de ánimo: 5 (44,2%), fobia social: 2 (11,1%); TDAH: 2 (11,1%); TOC: 1 (5,6%); trastorno de ansiedad generalizada: 1 (5,6%). Cuatro pacientes (28,6%) consumían cannabis. Quince pacientes (83,3%) realizaban algún tipo de tratamiento: 7 (38,9%) sólo farmacológico; 4 (22,2%) sólo psicológico y 4 (22,2%) combinado. Respecto al tratamiento farmacológico, 8 (72,8%) pacientes tomaban un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) y 6 (54,5%) un antipsicótico. Ocho pacientes (72,8%) tomaban más de un fármaco.

**Conclusiones:**

Los pacientes con SRP presentaban mayoritariamente síntomas positivos y negativos atenuados y un bajo nivel de funcionamiento. A pesar de presentar sintomatología, sólo 61,1% de los pacientes presentaban un diagnóstico actual (criterios DSM-IV), siendo los más frecuentes

los trastornos del estado de ánimo. Esto se diferencia de estudios de psicopatología en población general adolescente, donde los trastornos más prevalentes son los de ansiedad (Costello et al, 2011). La mayor parte de pacientes recibía algún tipo de tratamiento, siendo el más frecuente el farmacológico, con varias combinaciones de fármacos.

**Referencias esenciales:**

1. Bota RG, Sagduyu K, Filin EE et al. Toward a better identification and treatment of schizophrenia prodrome. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2008; 72:210-227.
2. Correll CU, Hauser M, Auther AM et al. Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions *J Child Psychol Psychiatry*. 2010; 51: 390-431.
3. Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52: 1015-25.
4. Lencz T, Smith CW, Auther A et al. Nonspecific and attenuated negative symptoms in patients at clinical high-risk for schizophrenia. *Schizophr Res*. 2004; 68: 37-48.
5. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008; 7: 148-156.



**58º CONGRESO AEPNYA: TRABAJOS PREMIADOS**

**PROYECTO PREMIADO CON LA BECA AEPNYA 2013**, dotada con 10.000 euros: "Influencia de una dieta libre de gluten y caseína sobre las alteraciones del comportamiento en niños y adolescentes con trastornos del espectro autista". Autores: González Domenech, Pablo José; Díaz Atienza, Francisco; Herreros Rodríguez, Óscar; Gurpegui Fernández de Legaria, Manuel; Martínez Ortega, José María.  
Email de contacto: pgdomenech@gmail.com

**COMUNICACIONES ORALES:**

**1º PREMIO: 1000€**

Asociación entre funcionamiento familiar y gravedad de la sintomatología alimentaria en pacientes con AN al inicio de la enfermedad desde una perspectiva de género.

D. Anastasiadou, AR Sepúlveda García, M Graell Berna, M Faya Barrios, G Morandé Lavin.

Email de contacto: Montse Graell, mogrbe@movistar.es

**2º PREMIO: 800€**

El Síndrome de Münchhausen por poderes asociado Anorexia Nerviosa: A propósito de dos casos. Descripción de la población pediátrica ingresada en un hospital Universitario de tercer nivel por Anorexia Nerviosa en los últimos cinco años.

B. Rubio, M. Murray, Y. Dueñas, J. Monzón, O. Herreros, R. Vacas, M. Anleu, X. Gastaminza.

Email de contacto: rubiobelen@gmail.com

**POSTERES:**

**1º PREMIO: 800€**

Relación del estado en hierro durante el embarazo sobre el desarrollo psicológico del niño.

C Hernández-Martínez, V Arija, B Ribot, N Aranda, N Voltas, C Bedmar, J Canals.

Email de contacto: carmeta.hernandez@gmail.com

**2º PREMIO: 400€**

Características cognitivas del Síndrome de riesgo para la psicosis en una muestra infanto-juvenil.

A Sintés-Estévez, J Tor Fabra, O Puig Navarro, C Espelt March, D Muñoz Samons, M Rodríguez Pacual, M Carulla Roig, M Espadas Tejerina, E de la Serna Gómez, M Pardo Gallego, B Sánchez Fernández, M Dolz Abadía, I Baeza Pertegaz.

Email de contacto: asintes@hsjdbcn.org

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](mailto:direccion.revista@aepnya.org), o del sistema disponible en su página web, [www.aepnya.com](http://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](http://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 (Tsytoich 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](mailto:direccion.revista@aepnya.org), o del sistema disponible en su página web, [www.aepnya.com](http://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 recibí de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación. El manuscrito será inicialmente examinado por el Comité Editorial, y si se considera susceptible de aceptación lo revisará y/o lo remitirá, de considerarse necesario, a al menos dos revisores externos considerados expertos en el tema. El Comité Editorial, directamente o una vez atendida la opinión de los revisores, se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer las modificaciones de los mismos que considere necesarias. Antes de la publicación en versión impresa o electrónica del artículo, el autor de correspondencia recibirá por correo electrónico las pruebas del mismo para su corrección, que deberán ser devueltas en el plazo de los 4 días siguientes a su recepción. De no recibirse dicha devolución, se entenderá que dichas pruebas se aceptan como definitivas.

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

### Revisión y revisión externa (peer review)

Se remitirán a revisión externa todos los manuscritos no rechazados en primera instancia por el Comité Editorial. Los manuscritos se remiten al menos a dos revisores considerados como expertos por la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. La elección de los revisores para cada trabajo se realizará atendiendo al contenido del manuscrito. Dependiendo de los contenidos del manuscrito podrán solicitarse evaluaciones especializadas técnicas, estadísticas y farmacológicas, cuando los trabajos se refieran a ensayos clínicos y utilización de fármacos. En cualquier caso, todo el proceso de revisión será confidencial y anónimo, remitiéndose a los revisores los manuscritos sin la autoría.

A través de los informe realizados por los revisores, el Comité Editorial tomará la decisión de publicar o no el trabajo, pudiendo solicitar a los autores la aclaración de algunos puntos o la modificación de diferentes aspectos del manuscrito. En

este caso, el autor cuenta con un plazo máximo de un mes para remitir una nueva versión con los cambios propuesto. Pasado dicho término, si no se ha recibido una nueva versión, se considerará retirado el artículo. Asimismo, el Comité Editorial puede proponer la aceptación del trabajo en un apartado distinto al propuesto por los autores.

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

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

---

# FICHA TECNICA

# SHIRE

---

# FICHA TECNICA SHIRE

---

# ANUNCIO SHIRE