

ARTICULO ORIGINAL

Déficit de ácido fólico y vitamina B12 en niños y adolescentes hospitalizados por un trastorno psiquiátrico

E Varela, C de Castro, L Espinosa, M Solerdelcoll, G Sugranyes, A Morer, I Baeza 309

Características de la demanda asistencial en la unidad de salud mental de la infancia y la adolescencia del área sanitaria de Santiago: análisis evolutivo

L. Varela Reboiras, R. Mondragón Vicente, I. Ramos Viúdez, I. Ramos García, MD. Domínguez Santos ... 316

Estudio de prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños en régimen de acogimiento residencial

M Vargas, JI Martínez-Montoro, S Martínez, L Fernández-López, A Checa, A Molina-Carballo y A Muñoz-Hoyos 332

CASO CLÍNICO

El trastorno de conducta alimentaria como fachada del síndrome de alienación parental

C. García Montero; S. Geijo Uribe; B. Mongil López; M. Vaquero Casado; F. De la Torre Brasas y A. Duque Domínguez 351

Nuevos tratamientos farmacológicos en el TDAH. A propósito de un caso clínico

P Vidal Pérez, M Vallejo Valdivieso, R Molina Ruiz, I Saiz Pérez, A López Villarreal y A Fernández Jaén ... 355

NORMAS DE PUBLICACIÓN 360

ANUNCIO
ELVANSE SHIRE



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

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

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

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

Secretaría

Kristian Naenen Hernani

COMITÉ EDITORIAL

Francisco de Sande Díaz (Lanzarote)

Enrique Ortega García (León)

Antonio Pelaz Antolín (Madrid)

José Alfredo Mazaira Castro
(Santiago de Compostela)

Xavier Gastaminza Pérez (Barcelona)

Rafael de Burgos Marín (Córdoba)

Francisco Ruiz Sanz (Palencia)

Belén Rubio Morell (Madrid)

Josué Monzón Díaz (Bilbao)

Francisco Díaz Atienza (Granada)

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

Presidenta: *Dolores M^a Moreno*

Vice-presidente: *José Ángel Alda*

Secretario: *Carlos Imaz*

Tesorera: *Beatriz Payá*

Presidenta Comité Científico: *Luisa Lázaro*

Presidente Comité Publicaciones Medios de

Comunicación: *Belén Rubio*

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

COMISIÓN DE REDACCIÓN

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

Luisa Lázaro ... Presidenta

Comisión Científica AEPNYA

Belén Rubio Presidente del Comité de Publicaciones

J. Toro i Trallero Miembro Electo por la AEPNYA

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

Secretaría de Redacción

Óscar Herreros Rodríguez

C/ Almechiche 28

Churriana de la Vega

18194 - Granada

direccion.revista@aepnya.org

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:

editorial
SELENE

C/Jérez, 21

28231 Las Rozas (Madrid)

Tlf.: (91) 6395965

www.editorialselene.com

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

J. Córdoba Rodríguez

J. de Moragas Gallisa

C. Vázquez Velasco

L. Folch i Camarasa

A. Serrate Torrente

F.J. Mendiguchía Quijada

M. de Linares Pezzi

V. López-Ibor Camós

J. Rom i Font

J. Tomás i Vilaltella

J.L. Alcázar Fernández

M. Velilla Picazo

M.J. Mardomingo Sanz

M. D. Domínguez Santos

Josefina Castro Fornieles

Copyright 2017

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

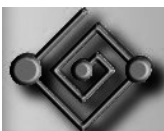
Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular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

Depósito legal: M-6161-2015

ISSN:1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

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

SUSCRIPCIÓN ANUAL (4 números al año)

IMPORTE

ESPAÑA 100 €

ESTUDIANTES/MIRES 70 €

EXTRANJERO 190 €

Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN A:

SELENE Editorial

C/ Jeréz, 21

28231 Las Rozas (Madrid)

Tlf.: 91 6395965

email: mpazle@seleneeditorial.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos

Dirección N° Piso

Cód. Postal Población

Provincia Especialidad

NIF email

FORMA DE PAGO:

CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO

DOMICILIACIÓN BANCARIA

.....

ORDEN DE PAGO, DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta

Banco C/C N°

Caja de ahorros C/C N°

Sucursal Calle N°

Cód. Postal Población

Provincia Teléfono

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

..... de de

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

ORIGINAL REVIEW

Déficit de ácido fólico y vitamina B12 en niños y adolescentes hospitalizados por un trastorno psiquiátrico

E Varela, C de Castro, L Espinosa, M Solerdelcoll, G Sugranyes, A Morer, I Baeza **309**

Characteristics of the demand in the mental health unit of children and the adolescence of the Santiago sanitary area (public health system): evolutionary analysis

L. Varela Reboiras, R. Mondragón Vicente, I. Ramos Viúdez, I. Ramos García, MD. Domínguez Santos ... **316**

Prevalence study of attention deficit hyperactivity disorder in children in residential care

M Vargas, JI Martínez-Montoro, S Martínez, L Fernández-López, A Checa, A Molina-Carballo y A Muñoz-Hoyos **332**

CASE REPORTS

Eating disorders as a façade of parental alienation syndrome

C. García Montero; S. Geijo Uribe; B. Mongil López; M. Vaquero Casado; F. De la Torre Brasas y A. Duque Domínguez **351**

New pharmacological treatments for ADHD. A case report

P Vidal Pérez, M Vallejo Valdivieso, R Molina Ruiz, I Saiz Pérez, A López Villarreal y A Fernández Jaén ... **355**

NORMAS DE PUBLICACIÓN **360**

ANUNCIO
INTUNIV

ANUNCIO ROVI

Varela E¹, de Castro C², Espinosa L¹, Solerdelcoll M¹, Sugranyes G¹, Morer A^{1,3}, Baeza I^{1,3}

¹ Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Hospital Clinic, Barcelona.

² Centro de Salud Mental infanto-juvenil de Granollers, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

³ Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER-SAM), CERCA-IDIBAPS, Universitat de Barcelona.

Correspondencia:

Dra. Eva Varela Bodenlle
Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil
Hospital Clinic de Barcelona
C/Villarroel, 170
08036 Barcelona
Email: evarela@clinic.cat

*Déficit de ácido fólico y
vitamina B12 en niños y
adolescentes hospitalizados
por un trastorno psiquiátrico*

*Folic acid and vitamin
B12 deficit in children and
adolescents hospitalized due to
a psychiatric disorder*

El trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación
El trabajo se presentó de forma parcial al 60º Congreso de la AEPNYA, San Sebastián, 2016.

RESUMEN

Introducción: A pesar de que diferentes déficits nutricionales como el de ácido fólico se han asociado a la esquizofrenia y a otros trastornos psiquiátricos, se sabe poco sobre los posibles déficits de ácido fólico y vitamina B12 en niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos.

Objetivo: Describir los valores y posibles déficits de ácido fólico y vitamina B12 en niños y adolescentes hospitalizados por un trastorno psiquiátrico y comparar las posibles diferencias existentes según diagnóstico.

Método: Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes ingresados durante el 2015 en el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Clinic de Barcelona. Se midieron los niveles de ácido fólico y vitamina B12 al ingreso, se registraron los datos sociodemográficos y la categoría diagnóstica, según criterios DSM-IV-TR.

Resultados: Se incluyeron 278 pacientes, de edad media: 14,8 años y 64% chicas. Los niveles medios de vitamina B12 fueron: 420.5±152.4 pg/mL, significativamente menores en adolescentes que en niños y en chicos que en chicas. Se observaron diferencias significativas entre pacientes con un trastorno depresivo (381.3±107.5 pg/mL) vs. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (523.1 ±229.6 pg/mL) (p=0.002). La media de ácido fólico fue: 8±4.8 ng/mL, significativamente menor en adolescentes que en niños. Los pacientes con trastornos psicóticos (5,9±2.2ng/mL) presentaron niveles significativamente menores que los pacientes con TCA (8.1±3.6ng/mL) (p=0.019). 11,2% de los pacientes tenían un déficit de uno o de ambos nutrientes.

Conclusiones: Alrededor de un 11% de la muestra presentaba un déficit de vitamina B12, de ácido fólico o de ambos, con diferencias significativas en algunas categorías diagnósticas. Sería interesante poder estudiar

mejor estos déficits, debido a la importancia y posible repercusión clínica de los mismos en niños y adolescentes.

Palabras clave: Vitaminas, nutrición, déficit, B12, ácido fólico.

ABSTRACT

Introduction: Despite different nutritional deficits such as folic acid have been associated with schizophrenia and other psychiatric disorders, little is known about the possible nutritional deficits in children and adolescents with psychiatric disorders.

Objective: To describe folic acid and vitamin B12 values and possible deficits of children and adolescents hospitalized due to psychiatric disorders and compared them between diagnostic categories.

Methods: We retrospectively reviewed the charts of patients hospitalized during 2015 in the Child and Adolescent Psychiatry and Psychology Department, Hospital Clinic in Barcelona, Spain. Levels of folic acid and vitamin B12 were registered as well as sociodemographic data and diagnostic category, according to DSM-IV-TR criteria.

Results: 278 patients were reviewed, mean age: 14.8 years, 64% females. Vitamin B12 mean value was 420.5 ± 152.4 pg/mL, with significant lower levels in adolescent vs children and males vs females. We also found significant differences between patients with depressive (381.3 ± 107.5 pg/mL) vs. eating disorders (523.1 ± 229.6 pg/mL) ($p=0.002$). Folic acid mean value was 8 ± 4.8 ng/mL, with significant lower levels in adolescents compared to children. Significant differences between patients with psychotic (5.9 ± 2.2 ng/mL) vs. eating disorders were also observed (8.1 ± 3.6 ng/mL) ($p=0.019$). 11.2% patients had deficit of vitamin B12, folic acid or both.

Conclusions: Around 11% of our sample had deficit of vitamin B12, folic acid or a combination of them, with some significant differences among diagnostic categories. It would be interesting to deeply study this issue due to the importance of these deficits in the paediatric population.

Keywords: Vitamins, nutrition, deficit, B12, folic acid.

INTRODUCCIÓN

El adecuado desarrollo del sistema nervioso central es particularmente dependiente de la ingesta de micronutrientes (como las vitaminas A y B, la colina y el folato), los oligoelementos (como el yodo, el hierro, el zinc y el cobre) y los ácidos grasos altamente insaturados (HUFA) (1,2).

La vulnerabilidad máxima al daño por deficiencias nutricionales se produce durante la etapa fetal y postnatal temprana, cuando la mayoría de las áreas del cerebro están experimentando su desarrollo más rápido, por lo que gran parte de los estudios de investigación se han centrado en esas etapas (3,4). Los efectos de los déficits nutricionales sobre el cerebro, la cognición y el comportamiento están menos documentados en la infancia y la adolescencia, a pesar de ser dos períodos críticos para el neurodesarrollo. Durante esta etapa tiene lugar la reestructuración sináptica, continúa el proceso de mielinización, se desarrollan los circuitos de aprendizaje y memoria que residen en el lóbulo temporal medial y se desarrollan las funciones ejecutivas a través de una compleja red neuronal distribuida en la corteza prefrontal (5) (6). Por lo tanto, aunque los niños atraviesen durante el período postnatal y primera infancia un momento crítico para muchos aspectos del neurodesarrollo, varios factores ambientales pueden afectar el desarrollo del cerebro durante períodos posteriores, incluyendo la adolescencia (7).

Determinadas carencias nutricionales específicas, como son los déficits de vitamina B12 y ácido fólico durante la gestación o los primeros años de vida, se han relacionado de forma clara con alteraciones del neurodesarrollo (8,9,10). Ambos nutrientes son fundamentales en la neuroplasticidad y mantenimiento de la integridad neuronal, ya que participan en las rutas metabólicas de la síntesis de ADN, concretamente en la síntesis de metionina a través de la metilación de la homocisteína. Las deficiencias de vitamina B12 y folato pueden conducir a la hiperhomocisteinemia, lo que ejerce múltiples efectos perjudiciales a nivel celular: induce daño en el ADN, genera especies reactivas de oxígeno, contribuye a la excitotoxicidad, a la disfunción mitocondrial y a la apoptosis celular, asociándose en varios estudios con enfermedades neurovasculares y

neurodegenerativas (11).

Siguiendo esa línea de investigación, en los últimos años se ha intensificado el interés por elucidar el papel de dichos micronutrientes en el desarrollo de enfermedades psiquiátricas, asociándose su déficit con la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (12,13). Se cree que los niveles elevados de homocisteína contribuyen al deterioro cognitivo asociado al trastorno mental grave, así como a los síntomas negativos de la esquizofrenia (14,15,16). Estos estudios se han llevado a cabo en población adulta, existiendo escasas investigaciones sobre el posible papel de los déficits de vitamina B12 y ácido fólico en niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos.

HIPÓTESIS/OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es describir la posible deficiencia de ácido fólico y vitamina B12 en niños y adolescentes hospitalizados por patología psiquiátrica, así como comparar los resultados según los diferentes diagnósticos.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del presente estudio es de tipo observacional descriptivo retrospectivo. Se han incluido a todos los pacientes hospitalizados durante el año 2015 en la Unidad de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil del Hospital Clinic de Barcelona.

Se revisaron sus historias clínicas y se recogieron las siguientes variables:

- datos sociodemográficos: edad en el momento de la evaluación y género.
- datos clínicos: diagnóstico psiquiátrico principal según criterios DSM-IV-TR.
- datos analíticos: niveles de ácido fólico y vitamina B12 en sangre.

Determinación de los niveles de ácido fólico y vitamina B12 en sangre.

Las vitaminas B12 y ácido fólico se midieron mediante un sistema de inmunoensayo de electroquimioluminiscencia automatizado, Advia-Centaur (Siemens, Barcelona, España). Se utilizan reactivos suministrados por el mismo fabricante. Los coeficientes de variación (CV) intraensayo para B12 son inferiores al 7,9% y para el ácido fólico inferior al 4,3%. El CV interensayo para B12 y folato es menor que 9,8% y 7,8%, respectivamente.

Se realizó un control de calidad externo al programa

de evaluación de calidad de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular.

Los niveles fisiológicos normales de ácido fólico son entre 3-17 ng/mL y de vitamina B12 entre 250-1.050 pg/mL.

Pruebas estadísticas

Las variables continuas se describen con valores de las medias y la desviación estándar, y las variables categóricas como frecuencias o porcentajes. Para analizar las diferencias entre variables continuas se utilizaron los test t d'Student o Kruskal-Wallis, según el tamaño muestral. Para las variables categóricas se utilizó la prueba Chi cuadrado. Así mismo, las diferencias entre categorías diagnósticas y déficit se analizaron con el test de Wilcoxon. Los datos se analizaron con el programa STATA 14.

RESULTADOS

Características sociodemográficas y categorías diagnósticas

Se incluyeron 279 pacientes en la muestra, 173 (62%) chicas, de 14,8±3,1 (4-17) años de edad. 15 (5,4%) de los pacientes tenían menos de 12 años de edad.

El diagnóstico principal de los pacientes fue: Trastorno psicótico (N=56, 20,1%), Trastorno disruptivo (N=56, 20,1%), Trastorno depresivo (N=47, 16,9%), Trastorno de la conducta alimentaria (N=44, 15,8%), Trastorno bipolar (N=20, 7,2%), otros trastornos (N=55, 19,9%).

Descripción de los niveles de vitamina B12 y ácido fólico

En la Tabla 1 y 2 se describen los niveles de vitamina B12 y ácido fólico en la muestra total y dividida por sexos y edades.

15 (5,4%) pacientes presentaron un déficit de vitamina B12, todos adolescentes, 7 chicos y 8 chicas. Respecto a los niveles de ácido fólico, 16 (5,8%) tenían unos niveles deficitarios, todos adolescentes, 7 chicos y 9 chicas.

Comparación de los niveles de ácido fólico y vitamina B12 y déficit por categorías diagnósticas

En relación a los valores medios de los niveles de vitaminas, los pacientes con un Trastorno depresivo tenían valores significativamente menores de vitamina B12 (381,3±107,5 pg/mL) que los pacientes con un TCA (523,1±229,6) (p=0,028) (Figura 1). Respecto al ácido fólico, los pacientes con un Trastorno psicótico tenían

Tabla 1. Descripción de la media de los valores de ácido fólico y vitamina B12, en la muestra total y dividida por sexos.

	Muestra total (media ± DE)	Chicas (media ± DE)	Chicos (media ± DE)	t	p
Ácido fólico (ng/ml)	8±24,9	8,8±3,1	6,5±3,2	6,612	0,095
Vitamina B12 (pg/mL)	420,5±152,4	432±146,2	402±160,8	27,993	0,023

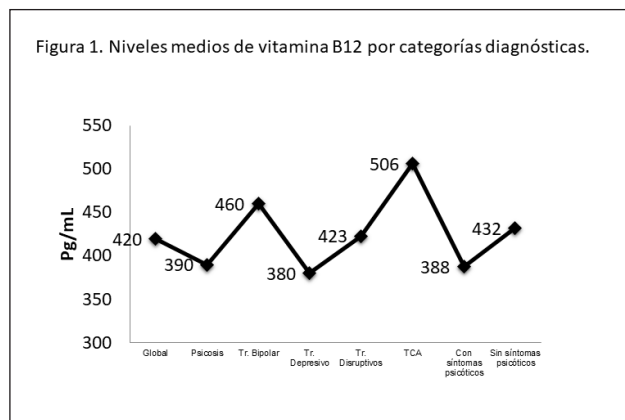
DE: desviación estándar

Tabla 2. Descripción de la media de los valores de ácido fólico y vitamina B12, en la muestra total y dividida por edad.

	Muestra total (media ± DE)	Niños (media ± DE)	Adolescentes (media ± DE)	t	p
Ácido fólico (ng/ml)	8±24,9	8,8±2,2	8±2,6	21,331	0,030
Vitamina B12 (pg/mL)	420,5±152,4	452,6±131,4	418,6±153,5	25,624	0,025

DE: desviación estándar

valores significativamente menores (5,9±2,2 ng/mL) que los diagnosticados de un TCA (8,1±3,6) (p=0.019) (Figura 2).



De los 15 pacientes con déficit de vitamina B12, 5 (33,3%) tenían un diagnóstico de Trastorno psicótico, 4 (26,7%) de Trastorno disruptivo, 3 (20%) de Trastorno bipolar, 2 (13,3%) de Trastorno depresivo y 1 (6,7%) de TCA, sin diferencias significativas entre categorías (p=0.655) (Figura 3).

Entre los 16 pacientes con déficit de ácido fólico, 5 (31,3%) fueron diagnosticados de un Trastorno depresivo,

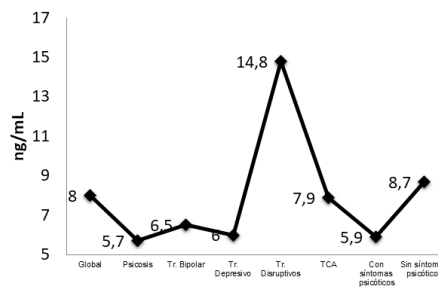
4 (25%) de Trastorno psicótico, 3 (18,8%) de Trastorno bipolar, 3 (18,8%) de TCA y 1 (6,3%) de Trastorno disruptivo, sin diferencias significativas entre ellos (p=0,91) (Figura 4).

De todos los pacientes con un Trastorno psicótico, el 9,6% tenían déficit de vitamina B12 (media: 204,2±274,7 pg/mL) y 4 (7,4%) de ácido fólico (media: 2,4±0,4 ng/mL). No se observaron diferencias significativas entre los pacientes con un Trastorno psicótico vs. Pacientes sin Trastorno psicótico en ninguno de los dos niveles de vitaminas (p=0,52 y 0,30, respectivamente).

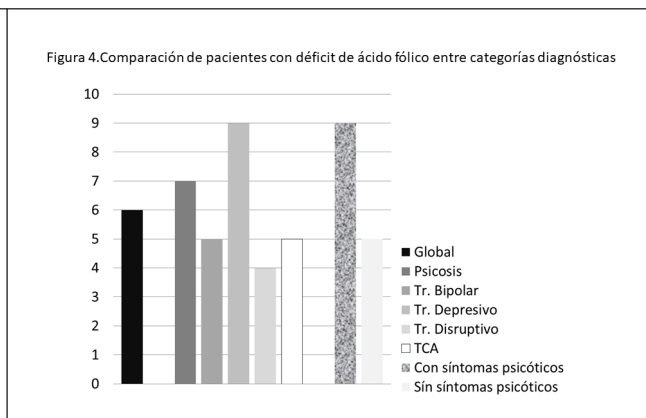
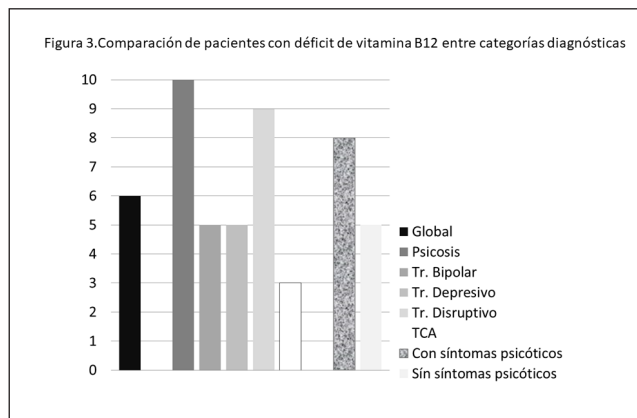
DISCUSIÓN

El primer objetivo del presente estudio era describir la posible deficiencia de ácido fólico y vitamina B12 en nuestra muestra de niños y adolescentes hospitalizados por patología psiquiátrica. En relación con esto, el primer

Figura 2. Niveles medios de ácido fólico por categorías diagnósticas.



hallazgo a considerar es que 11,2% de los pacientes presentó déficit de uno o ambos micronutrientes. Como se comentó previamente, numerosos estudios han establecido una relación entre estas deficiencias nutricionales y determinados trastorno psiquiátricos en la población adulta (17). En población infantil y adolescente el número de investigaciones al respecto son escasas, a pesar de tratarse de un grupo de especial



vulnerabilidad. No obstante, el interés por el tema va en aumento y en los últimos años se han realizado algunos trabajos en los que se estudia la posible asociación entre los déficits nutricionales en esta franja de edad con patología psiquiátrica (18,19), si bien los resultados son poco consistentes y se requieren más estudios.

En nuestro estudio destaca que todos los pacientes que presentaron déficits de ácido fólico y/o vitamina B12 eran del grupo de adolescentes. Si bien es cierto que el porcentaje de pacientes adolescentes es superior al de niños en la muestra (ratio adolescente/niño 17.5), consideramos importante tener en cuenta este dato, ya que en numerosos estudios realizado en población sana se ha objetivado una mayor prevalencia de problemas nutricionales en este grupo de edad. Los problemas nutricionales en la adolescencia se caracterizan principalmente por mayores requerimientos de energía y nutrientes, así como cambios en los hábitos alimenticios, lo que podría inducir diferentes tipos de trastornos relacionados con la nutrición durante esta etapa. Los problemas nutricionales más prevalentes en este grupo no son sólo la obesidad y sus comorbilidades sino también las deficiencias de micronutrientes (20,21). En estudios realizados en adolescentes europeos se ha objetivado que ingieren la mitad de la cantidad recomendada de frutas y verduras y menos de dos tercios de la cantidad recomendada de productos lácteos (22); la ingesta de micronutrientes como la vitamina D, folato, yodo y fluoruro también era la mitad de lo recomendado (23). Teniendo en cuenta que esto ocurre en población normal, es probable que la dieta de los adolescentes con patología psiquiátrica sufra todavía más desequilibrios

en la ingesta de nutrientes. En numerosos estudios en adultos se ha establecido que los pacientes con patología psiquiátrica presentan unos hábitos de vida menos saludables que la población general, entre los que se incluye una dieta menos satisfactoria, siendo uno de los factores implicados en una mayor tasa de enfermedades somáticas y menor esperanza de vida en pacientes con trastornos mentales (24,25,26). Sería interesante en futuros estudios poder comparar los hábitos dietéticos de los niños y adolescentes con y sin patología psiquiátrica, así como los niveles de ácido fólico y vitamina B12 entre ambos grupos.

El segundo objetivo de este estudio era comparar los resultados según los diferentes diagnósticos psiquiátricos. Se encontraron algunas diferencias estadísticamente significativas al comparar categorías diagnósticas. Se ha observado que en comparación con el grupo de TCA: los pacientes con un Trastorno depresivo presentan valores significativamente menores de vitamina B12; los pacientes con Trastorno Psicótico presentan valores significativamente menores de ácido fólico. Destaca que los déficits nutricionales sean más importantes en los grupos de trastornos afectivo y psicóticos que en el grupo de TCA, a pesar de las alteraciones en hábitos dietéticos propios de esta categoría diagnóstica. En estudios en adultos se asoció una mayor deficiencia en los niveles de vitamina B12 y ácido fólico en los pacientes con patología psiquiátrica, especialmente en los trastornos psicóticos y afectivos (27,28,29). En nuestro estudio, se han encontrado niveles de ácido fólico y vitamina B12 en el grupo de pacientes con síntomas psicóticos, si bien las diferencias no son estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

Alrededor de un 11% de la muestra presentaba un déficit de vitamina B12, de ácido fólico o de ambos, con diferencias significativas en algunas categorías diagnósticas. Sería interesante poder estudiar mejor estos déficits, debido a la importancia y posible repercusión clínica de los mismos en niños y adolescentes, así como comparar las diferencias entre déficits nutricionales con grupo de niños y adolescentes sin patología psiquiátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Georgieff MK. Nutrition and the developing brain: nutrient priorities and measurement. *Am J Clin Nutr* 2007; 85: 614S–620S.
2. Gow RV, Hibbeln JR. Omega-3 fatty acid and nutrient deficits in adverse neurodevelopment and childhood behaviors. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 2014; 23 (3): 555-590.
3. Rees GA, Doyle W, Srivastava A, Brooke ZM, Crawford MA, Costeloe KL. The nutrient intakes of mothers of low birth weight babies - a comparison of ethnic groups in East London, UK. *Matern Child Nutr* 2005; 1: 91–99.
4. Doyle W, Rees G. Maternal malnutrition in the UK and low birthweight. *Nutr Health* 2001; 15: 213–218.
5. Sowell ER, Trauner DA, Gamst A, Jemigan TL. Development of cortical and subcortical brain structures in childhood and adolescence: a structural MRI study. *Dev Med Child Neurol* 2002; 44 (1): 4–16.
6. John CC, Black MM, Nelson CA 3rd. Neurodevelopment: The Impact of Nutrition and Inflammation During Early to Middle Childhood in Low-Resource Settings. *Pediatrics* 2017; 139 (Suppl 1): S59-S71.
7. Galler JR, Koethe JR, Yolken JR. Neurodevelopment: The Impact of Nutrition and Inflammation During Adolescence in Low-Resource Settings. *Pediatrics* 2017; 139 (Suppl 1): S72-S84.
8. Czeizel AE, Dudás I, Paput L, Bánhidly F. Prevention of neural-tube defects with periconceptional folic acid, methylfolate, or multivitamins? *Ann Nutr Metab* 2011; 58: 263–271.
9. No authors listed. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council

- Vitamin Study. MRC Vitamin Study Research Group. *Lancet* 1991; 338: 131–137.
10. Greenblatt JM, Huffman LC, Reiss AL. Folic acid in neurodevelopment and child psychiatry. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1994; 18: 647–60.
 11. Mattson M, Shea TB. Folate and homocysteine metabolism in neural plasticity and neurodegenerative disorders. *Trends Neurosci* 2003; 26 (3): 137-146.
 12. Arroll MA, Wilder L, Neil J. Nutritional interventions for the adjunctive treatment of schizophrenia: a brief review. *Nutr J* 2014; 13: 91.
 13. Wang D, Zhai JX, Liu DW. Serum folate levels in schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Res* 2016; 235: 83-89.
 14. Moustafa AA, Hewedi DH, Eissa AM, Frydecka D, Misiak B. Homocysteine levels in schizophrenia and affective disorders-focus on cognition. *Front Behav Neurosci* 2014; 8: 348.
 15. Goff DC, Bottiglieri T, Arning E, Shih V, Freudenreich O, Evins AE et al. Folate, homocysteine and negative symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161 (9): 1705-1708.
 16. Roffman JL, Brohawn DG, Nitelson AZ, Macklin EA, Smoller JW, Goff DC. Genetic variation throughout the folate metabolic pathway influences negative symptoms in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013; 39 (2): 330-338.
 17. Stanger O, Fowler B, Piertz K, Huemer M, Haschke-Becher E, Semmler A, et al. Homocysteine, folate, and vitamin B12 in neuropsychiatric diseases: review and treatment recommendations. *Expert Rev Neurother* 2009; 9 (9): 1393–1412.
 18. Herbison CE, Hickling S, Allen KL, O'Sullivan TA, Robinson M, Bremner AP, et al. Low intake of B-vitamins is associated with poor adolescent mental health and behaviour. *Prev Med* 2012; 55 (6): 634-638.
 19. Esnafoglu E, Yaman E. Vitamin B12, folic acid, homocysteine and vitamin D levels in children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2017; 254: 232-237.
 20. Moreno LA, González-Gross M, Kersting M, Molnár D, de Henauw S, Beghin L, et al. Assessing,

- understanding and modifying nutritional status, eating habits and physical activity in European adolescents. The HELENA Study. *Public Health Nutr* 2008; 11: 288–299.
21. Moreno LA, Gottrand F, Huybrechts I, Ruiz JR, González-Gross M, DeHenauw S, et al. Nutrition and Lifestyle in European Adolescents: The HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Advances in Nutrition* 2014; 5 (5): 615S-623S.
 22. Diethelm K, Jankovic N, Moreno LA, Huybrechts I, De Henauw S, De Vriendt T, et al. Food intake of European adolescents in the light of different food-based dietary guidelines: results of the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutr* 2012; 15: 386–398.
 23. Diethelm K, Huybrechts I, Moreno L, De Henauw S, Manios Y, Beghin L, et al. Nutrient intake of European adolescents: results of the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutr* 2014; 17: 486–497.
 24. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 334–341.
 25. Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M, Hennekens CH, Lambert M, Leucht S, et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 514–519.
 26. Connell J, Brazier J, O’Cathain A, Lloyd-Jones M, Paisley S. Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10: 138.
 27. Stanger O, Fowler B, Piertzik K, Huemer M, Haschke-Becher E, Semmler A, et al. Homocysteine, folate and vitamin B12 in neuropsychiatric diseases: review and treatment recommendations. *Expert Rev Neurother* 2009; 9 (9): 1393-1412.
 28. Kale A, Naphade N, Sapkale S, Kamaraju M, Pillai A, Joshi S, et al. Reduced folic acid, vitamin B12, and docosahexaenoic acid and increased homocysteine and cortisol in never-medicated schizophrenia patients: implications for altered one-carbon metabolism. *Psychiatry Res* 2010; 175 (1–2): 47–53.
 29. Bottiglieri T, Laundry M, Crellin R, Toone BK, Carney MW, Reynolds EH. Homocysteine, folate, methylation, and monoamine metabolism in depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 69 (2): 228-232.

L. Varela Reboiras, R. Mondragón Vicente, I. Ramos Viúdez, I. Ramos García, MD. Domínguez Santos

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS). Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Rúa Choupana s/n 15706 Santiago de Compostela

Correspondencia:
lu-manselle@hotmail.com

Características de la demanda asistencial en la unidad de salud mental de la infancia y la adolescencia del área sanitaria de Santiago: análisis evolutivo

Characteristics of the demand in the mental health unit of children and the adolescence of the Santiago sanitary area (public health system): evolutionary analysis

RESUMEN

Introducción: El análisis y la evaluación de la demanda que se realiza en este servicio resulta fundamental para mejorar la calidad de la atención profesional y la eficacia de los tratamientos. En este trabajo presentamos los datos de una evaluación realizada durante quince años en esta Unidad.

Objetivos: Determinar las características sociodemográficas y clínicas de los niños y adolescentes que consultaron en la USM de la Infancia y la Adolescencia del Área de Santiago durante el periodo 2000-2015.

Analizar las diferencias, respecto de las variables sociodemográficas y clínicas, entre los primeros años de este periodo 2000-2012, con los resultados observados en los últimos años (2013-2015) y su relación con el incremento de la demanda.

Material y Método: La muestra utilizada es de 6026 sujetos consultados. Las variables estudiadas: sociodemográficas y clínicas. Analizamos estas variables en dos tramos temporales para evaluar si existe una demanda diferente con el paso de los años.

Resultados Encontramos un notable incremento de la

demanda asistencial en los últimos 3 años, no existen diferencias en cuanto al perfil sociodemográfico. Respecto de las características clínicas sí obtenemos diferencias en cuanto a la prevalencia de los diagnósticos y en el seguimiento de los pacientes.

Conclusiones: La diferencia fundamental entre los dos periodos se concreta en el incremento de la demanda que determina una mayor prevalencia de Ausencia de Diagnóstico Psiquiátrico y mayor número de altas que sugieren un uso poco adecuado de la demanda asistencial.

Palabras Clave: Análisis de la demanda. Salud Mental. Infancia y Adolescencia.

ABSTRACT

Introduction: The analysis and evaluation of the demand that is carried out in a Mental Health Unit of Childhood and Adolescence (MHUCA) is fundamental to improve the quality of the professional attention and the effectiveness of the treatments. In this paper we present the data of an evaluation performed during fifteen years in a MHUCA.

Objectives: To determine the sociodemographic and

clinical characteristics of the children and adolescents who consulted in the MHUCA of the Santiago Area during the period 2000-2015.

Analyze the differences between sociodemographic and clinical variables between the first years of this period (2000-2012), with the results observed in the last years (2013-2015) and their relationship with the increase in demand.

Material and Methods: The sample used is 6026 subjects consulted. The studied variables: sociodemographic and clinical. We analyze these variables in two time sections to evaluate if there is a different demand over the years.

Results. We found a notable increase in the demand for care in the last 3 years, there are no differences in the sociodemographic profile. Regarding the clinical characteristics, we obtained differences in the prevalence of the diagnoses and in the follow-up of the patients.

Conclusions: The fundamental difference between the two periods is determined by the increase in demand that determines a higher prevalence of Absence of Psychiatric Diagnosis and a higher number of discharges that suggest an inadequate use of the demand for care.

Key words: Analysis of demand. Mental health. Childhood and adolescence.

INTRODUCCIÓN

En nuestra Unidad, hemos venido recopilando datos y realizado este tipo de estudios desde la creación de la misma en el año 1980.

En Julio de 1990 se pone en marcha el Sistema de Registro de Casos para la información y evaluación del trabajo realizado en salud mental en Galicia y desde entonces el análisis de la evolución de la demanda en nuestra Unidad ha sido una constante (1).

A lo largo de todo este proceso, hemos realizado estudios que se han centrado en estudiar la demanda, las características de las personas que acuden a la consulta, los datos sobre la evolución de nuestros pacientes y el consumo que realizan de nuestro servicio. Consideramos que la reflexión sobre los datos obtenidos resulta fundamental para poner en práctica medidas encaminadas a corregir defectos y mejorar la atención a la Salud Mental de los pacientes de nuestra área sanitaria (2).

En los últimos años, la demanda de atención en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia de Santiago se ha incrementado notablemente, es por eso que dividiremos los últimos quince años en dos periodos; el primero (2000-2012) en el cual la solicitud de demanda se mantuvo estable, y el último periodo (2013-2015) en el que la demanda ha experimentado un rápido incremento, hecho por el cual llevamos a cabo la presente investigación.

En el presente trabajo estudiamos la evolución de la demanda de consulta de la población con una edad comprendida entre 0 y 16 años en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia que atiende al área de Santiago de Compostela (467.738 habitantes) durante el periodo 2000-2015.

Debido al notable cambio en la solicitud de demanda en los últimos tres años, vamos a comparar dos periodos: un primer periodo, 2000- 2012, con el último ciclo, 2013-2015, en el cual notamos que el incremento de la demanda ha sido muy evidente. Partimos de las siguientes observaciones:

1. Incremento considerable del número de consultas en nuestra Unidad. Hemos pasado de recibir una media de 327 pacientes por año (2000-2012) a recibir una demanda de 703 pacientes por año en el último periodo (2013-2015).
2. Variaciones en la prevalencia, y evolución de los diferentes trastornos de los que son diagnosticados nuestros pacientes.

OBJETIVOS

Determinar las características sociodemográficas y clínicas de los niños y adolescentes que consultaron en la USM de la Infancia y la Adolescencia del Área de Santiago durante el periodo 2000-2015.

Analizar las diferencias, respecto de las variables sociodemográficas y clínicas, entre los primeros años de este periodo 2000-2012, con los resultados observados en los últimos años (2013-2015) y su relación con el incremento de la demanda.

MATERIAL Y MÉTODOS

En primer lugar comentar que todas las variables empleadas para llevar a cabo este estudio, proceden de pacientes que con anterioridad a la realización del presente análisis, han sido debidamente anonimizados a fin de garantizar la confidencialidad de los mismos.

Para realizar este trabajo de investigación, no se ha tenido acceso a datos personales ni de historias clínicas de pacientes, ni a nada que pudiera identificarlos de alguna manera, sólo se ha accedido a la base de datos de esta Unidad, donde únicamente figuran las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que han consultado en esta Unidad de la Infancia y la Adolescencia de Santiago de Compostela.

Para realizar la comparación de las variables, hemos dividido la investigación en dos periodos:

- Periodo 1: Años 2000-2012
- Periodo 2: Años 2013-2015

El material utilizado ha sido por tanto, el registro de casos disponible en la base de datos de esta Unidad durante los últimos 15 años. En dicho periodo, desde el 2000 hasta el 2015, se dispone de un total de 6026 sujetos registrados; cada usuario tiene una hoja de datos básicos (edad, sexo, hábitat, etc.) que se cubre la primera vez que acude a la consulta y luego es registrada en la hoja de actividades cada vez que es citado.

Realizamos, en primer lugar, una lectura descriptiva de cómo ha evolucionado la demanda de consulta en los últimos quince años, centrándonos en las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

En segundo lugar, realizamos la comparación de los dos periodos objetos de investigación, analizando las diferencias y el nivel de significatividad estadística de las mismas si es que existieran.

Por último, analizamos la relación de los resultados de la comparación por periodos, con el incremento de la demanda.

Respecto a la metodología, ha consistido en analizar una serie de variables: etapa, edad, género, hábitat, diagnóstico según la CIE-10 (3), evolución y retención en los dos tramos temporales. Además, procedemos a evaluar los resultados para comprobar si existe una demanda diferente con el paso de los años.

Las variables, han sido organizadas de la siguiente forma:

Etapas: Periodo 1 (2000-2012, Total: 3916 pacientes), Periodo 2 (2013-2015, Total: 2110 pacientes).

Género: Hombre/Mujer.

Edad: 1-5 años, 6-11 años, >11 años. En este estudio además, haremos la distinción cuando hablamos de niños (menos de 12 años) y adolescentes (más de 11 años).

Hábitat: Rural (hasta 2000 habitantes), Semiurbano

(entre 2000 y 10000 habitantes) y Urbano (mayor de 10000).

*Esto es una definición convencional tomada de la Sociología que es utilizada en España, pero que en otros países puede variar.

Diagnóstico: Agrupamos los diferentes diagnósticos en los grupos, que detallamos a continuación partiendo de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE-10) (3) con algunos matices que realizamos para el desarrollo de nuestro trabajo:

- Trastornos Orgánicos correspondientes a los epígrafes F00-F09 (T. Mentales Orgánicos, incluidos los sintomáticos) en nuestro caso son escasos los pacientes con este diagnóstico y están comprendidos en los epígrafes F06, F07 y F09.
- Códigos X correspondientes a los epígrafes X60-X80 del capítulo XX de la CIE-10 (Suicidios y lesiones intencionalmente autoinflingidas, incluyendo intento de suicidio. X60-X84). Nuestros pacientes se encuentran en la categoría Intento de Suicidio y lesiones autoinflingidas relativas al intento de suicidio.
- Códigos Z correspondientes al capítulo XXI de la CIE-10 Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud que en nuestra casuística se corresponden, en su mayoría, con los epígrafes: Z55, Z60, Z61 y Z62.
- Ausencia de Diagnóstico Psiquiátrico correspondiente a pacientes que acuden a nuestra consulta y que tras la evaluación de los mismos, no presentan ningún tipo de trastorno ni alteración de índole Psiquiátrica que requiera tratamiento en la Unidad y son identificados únicamente mediante el epígrafe Z03 (que forma parte del capítulo XXI de la clasificación).
- Trastornos Afectivos correspondientes a los epígrafes F30-F39 (T. del humor).
- Trastornos Neuróticos correspondientes a los epígrafes F40-F49 de los que excluimos los T. secundarios a estrés grave y trastornos de adaptación (F43) para analizarlos por separado.
- Trastornos de Adaptación correspondientes al epígrafe F43 que incluiría no solo los T. de Adaptación sino también los referentes a las reacciones al estrés.
- Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): correspondiente al epígrafe F50.

Con respecto al Procesamiento estadístico de los datos, en el presente estudio se ha utilizado el paquete estadístico SPSS Statistics en su versión 22. El nivel de significatividad de los resultados obtenidos se ha analizado mediante el Chi-cuadrado de Pearson.

RESULTADOS

Periodo 2000-2015

1.- Características sociodemográficas

A continuación, exponemos la evolución de la demanda de asistencia en nuestra Unidad utilizando un gráfico de líneas de los últimos 15 años de demanda (gráfico 1).

Como se puede observar a simple vista, la demanda de asistencia en la Unidad, se mantuvo estable hasta el año 2012, presentando una media de 327 pacientes por

año, sin embargo a partir del 2012, se empieza a producir un cambio de la tendencia con 415 pacientes, y en los siguientes 3 años, ha continuado la tendencia al alza con 670, 767 y 673 pacientes en el 2013, 2014 y 2015 respectivamente.

Género

En los últimos quince años, han pasado por nuestra consulta un total de 6026 pacientes, de los cuales el 60,2% eran hombres y un 39,8% eran mujeres (gráfico 2).

Edad

A lo largo de esta etapa de 15 años, el 49,8% de los pacientes tiene una edad comprendida entre 6 y 11 años.

En segundo lugar en frecuencia, se encuentran los adolescentes (más de 11 años de edad), que constituyen el 38,5% del total de la demanda.

En último lugar, el grupo de 0 a 5 años, que representan el 11,7% del total.

Hábitat

- Procedencia Rural: 45%
- Procedencia Semiurbana: 28,2%
- Procedencia Urbana: 26,8%

2.- Características Clínicas

Diagnóstico (gráfico 3)

Los diagnósticos cuya prevalencia es igual o superior al 5% son T. Neuróticos, TDAH, Retraso Mental y Trastornos del desarrollo, Síntomas, Trastornos Disociales y T. Adaptación. Cabe destacar que la Ausencia de diagnóstico Psiquiátrico y los denominados Códigos Z son las categorías que registran mayor prevalencia en nuestra muestra.

Los diagnósticos cuya prevalencia es inferior al 5% son T. de la conducta Alimentaria, T. Afectivos, T. Psicossomáticos, Metabolopatías, Códigos X, T. Psicóticos, T. Orgánicos, T. de Personalidad y T. por consumo de sustancias psicotropas. En el momento de realizar el estudio carecían de diagnóstico el 0.3% de los casos.



Gráfico 1. Evolución de la demanda de asistencia en nuestra Unidad de los últimos 15 años de demanda.



Gráfico 2. Género de los 6026 pacientes que pasaron por nuestra consulta en los últimos 15 años, de los cuales el 60,2% eran hombres y un 39,8% eran mujeres.

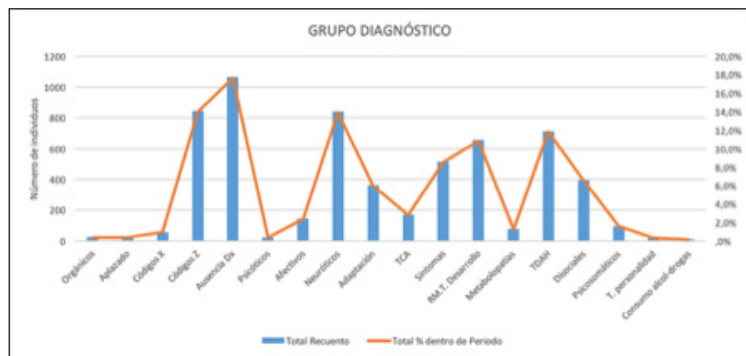


Gráfico 3. Grupo diagnóstico.

Evolución

En el momento actual, prácticamente la mitad de los pacientes han sido dados de alta, un pequeño porcentaje ha sido derivado, en su mayoría a Servicios de adultos al cumplir los 16 años de edad, un tercio de los pacientes ha abandonado la consulta sin haber sido dados de alta y un 13% continuaban en tratamiento en el momento en que se hizo el estudio (gráfico 4).

Retención

La mayoría de los pacientes, el 52,1%, ha consumido

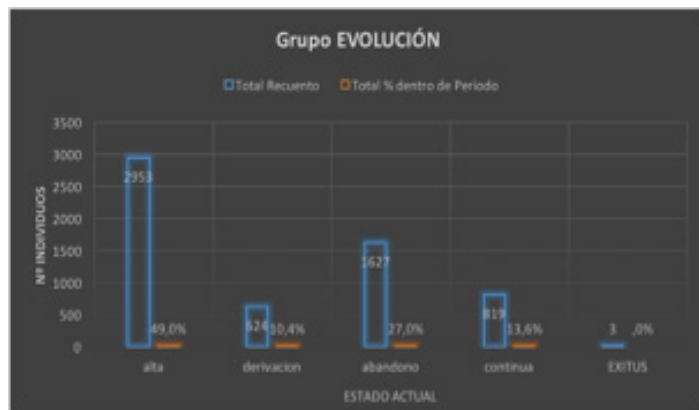


Gráfico 4. Evolución de los pacientes en la actualidad

entre 1 y 4 sesiones. Después, un 21,3% consumieron entre 5 y 12 sesiones. El 13,3% aún continúan en tratamiento. Luego, el 8,3% recibieron entre 13 y 24 sesiones; el 3% entre 25 y 36 sesiones; y con menor frecuencia: el 1% recibieron 36-52 sesiones; el 0,9%

entre 53-98 sesiones y sólo el 0,1% recibió más de 100 sesiones (gráfico 5).

Con todo esto que acabamos de exponer, hemos obtenido el perfil de paciente más habitual en nuestra consulta a lo largo de estos 15 años de investigación (gráfico 6).

3.- Características sociodemográficas y clínicas: Comparativa por periodos.

Durante el periodo estudiado, hemos atendido en nuestro Servicio a un total de 6026 niños y adolescentes (0-16 años).

A continuación vamos a exponer el gráfico del Primer Periodo (2000-2012), luego el del Segundo Periodo (2013-2015) y después la comparativa de ambos.

En el siguiente esquema podemos observar las estadísticas de la demanda del primer periodo, del segundo y la total de los pacientes que acudieron a nuestra Unidad desde el año 2000 hasta el 2015 (gráfico 7).

Uno de nuestros objetivos en este estudio es comparar si ha habido cambios en las características de esta última etapa con respecto de la tendencia anterior, por esta razón hemos seleccionado los últimos tres años para compararlos con los anteriores.

Como ya hemos expuesto, vamos a comparar dos etapas. A fin de simplificar y facilitar su comprensión visual y conceptual, hablaremos de Periodo 1 (años 2000-2012) y Periodo 2 (años 2013-2015). De esta forma, tenemos la siguiente visión general (gráfico 8).

Hemos seleccionado una serie de variables para ver cómo se ha comportado la evolución a lo largo del tiempo y detectar si ha habido cambios, y en caso que los haya habido, si son o no son significativos.

Así, las siguientes son las variables que vamos a analizar en el presente estudio (gráfico 9).

Consideramos que estas variables nos puede dar una aproximación bastante certera de los posibles cambios que se han dado en el último periodo que vamos a estudiar.

Nos hemos preguntado cuál es el perfil sociodemográfico del “paciente tipo” que acude a nuestra consulta. Con la siguiente representación podemos observar las características generales (gráfico 10).

El número total de niños (0-11 años) es de 3703 (61,45%) y de adolescentes (>11 años) es 2323 (38,55%).

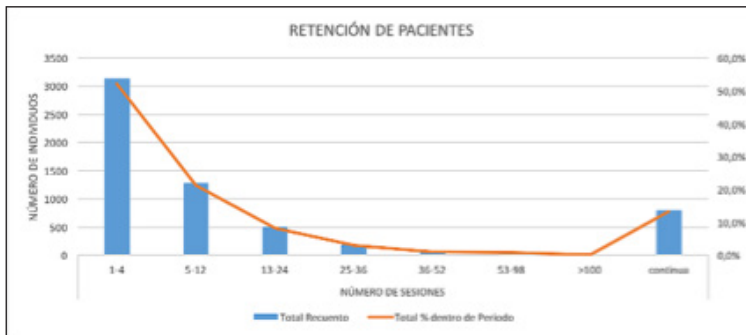


Gráfico 5. Retención de los pacientes. Numero de sesiones consumidas por paciente

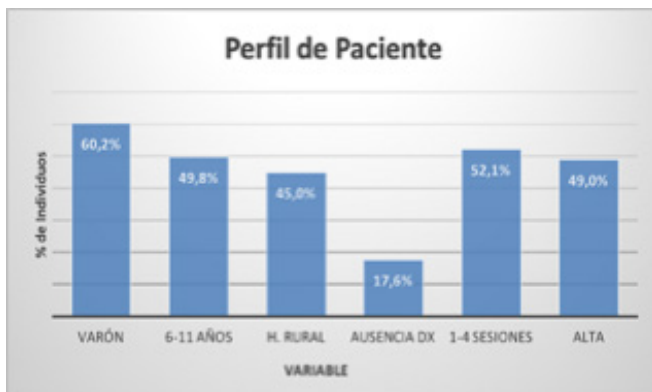


Gráfico 6. Perfil de paciente más habitual en nuestra consulta a lo largo de estos 15 años de investigación

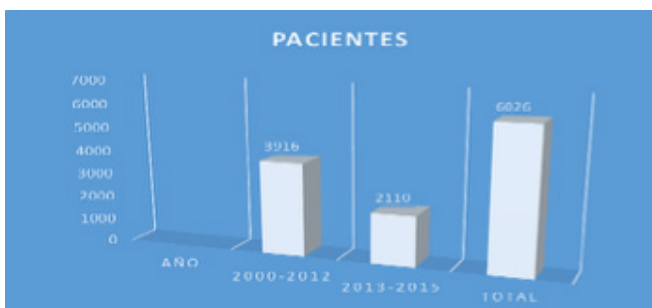


Gráfico 7. Estadísticas de la demanda del primer periodo, del segundo y la total de los pacientes que acudieron a nuestra Unidad desde el año 2000 hasta el 2015.

Es decir, en términos generales, a nuestra Unidad han acudido más niños que adolescentes en los últimos 15

años.

Y como se puede comprobar, el perfil del paciente tipo que acude a nuestra consulta no ha variado en los últimos años, sino que se trata de un perfil sociodemográfico similar.

Género

Los varones siguen requiriendo una demanda notablemente mayor que el sexo opuesto.

Dentro de los varones, podemos observar que apenas existen diferencias. Han aumentado un 0,6% los hombres en detrimento de las mujeres, que ha disminuido su demanda, pasando de un 40% a un 39,4%, un 0,4% menos (gráfico 11).

*Pruebas Chi cuadrado de Pearson:

Tras la realización de las pruebas de chi-cuadrado se obtiene: $p\text{-valor} = >0,05$, por lo que el cambio que se ha producido en esta variable no es estadísticamente significativo.

Resumen: los varones siguen siendo mayoría en la demanda de asistencia, y la diferencia entre ambos periodos no es estadísticamente significativa.

Edad

A continuación establecemos la comparativa del análisis del Grupo edad en los dos periodos del estudio (gráfico 12).

Hay una tendencia alcista que tiene su pico en el grupo intermedio de edad, de 6 a 11 años.

En el caso del periodo uno, la disminución de la demanda hacia el último grupo de edad, es menos marcada que en el segundo periodo de nuestro análisis, de la misma manera el pico alcanzado en el segundo periodo del grupo de edad de entre 6-11 años, es mayor que en el primer periodo.

Existe una tendencia a aumentar las demandas entre los 6-11 años para luego disminuir ligeramente.

Se ha producido un incremento del segundo grupo de edad (6-11 años) en el segundo periodo (2013-2015) en detrimento de una disminución del grupo de mayores de 11 años.

Porcentualmente, el grupo de 0 a 5 años, ha aumentado, pasando de un 11,4% a un 12,1%, un 0,7% más.

El grupo de 6-11 años, experimenta cambios significativos, pasando de un 47,6% a un 53,8%, un 6,2%



Gráfico 8. Comparación de dos etapas. Periodo 1 (años 2000-2012) y Periodo 2 (años 2013-2015)

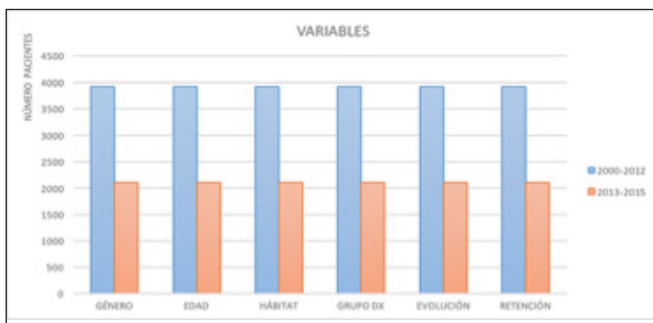


Gráfico 9. Evolución a lo largo del tiempo y detección de cambios significativos a través de las siguientes variables: género, edad, hábitat grupo diagnóstico, evolución y retención

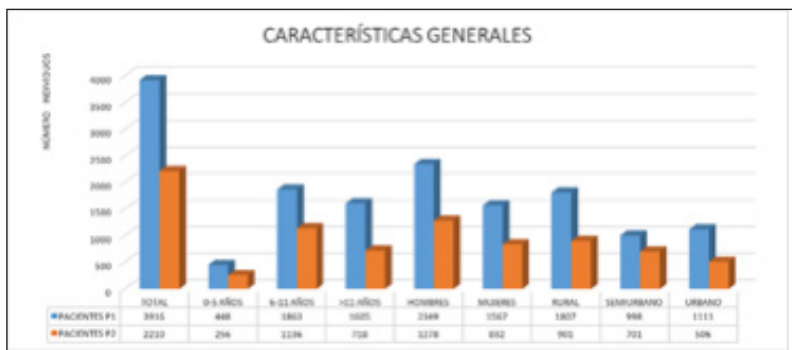


Gráfico 10. Perfil sociodemográfico del "paciente tipo" que acude a nuestra consulta.

más alta.

El grupo de los adolescentes, ha pasado de presentar una demanda del 41% a un 34%, un 7% menos.

**Pruebas Chi cuadrado de Pearson:*

Para un valor chi-cuadrado = 28,59; p = 0.000.

Resumen; hay más demanda del grupo de niños (0-11 años) y menos demanda de los adolescentes (>12 años), siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Las diferencias son significativas porque aumentan los que se encuentran entre 6 y 11 años y disminuyen los mayores de 11 años.

Hábitat

La procedencia de nuestros pacientes es fundamentalmente rural, en este sentido, se han producido los siguientes cambios; De un 46,1% en el periodo 1, pasamos a un 42,7% en el segundo periodo, así existe una disminución del 3,4%.

Estos cambios, son más marcados dentro del área semiurbana y urbana, donde se ha producido un cambio mayor:

Se ha experimentado un incremento de la población semiurbana en el segundo periodo, pasando de un 25,5% a un 33,2%, dándose un incremento del 7,8% en detrimento de una disminución de la urbana y rural.

La población urbana, pasa del 28,4% al 24%, decreciendo así un 4,4% (gráfico 13).

**Pruebas Chi cuadrado de Pearson:*

Para un valor chi-cuadrado = 44,33; p= 0,000.

Resumen; ha disminuido la demanda de la población rural y urbana, y se ha incrementado la demanda de la población semiurbana, siendo esta variación estadísticamente significativa.

Diagnóstico

Respecto al grupo diagnóstico que consulta en nuestro Servicio, podemos destacar las siguientes observaciones:

- Primer Periodo:

La distribución por Grupos Diagnósticos, destaca como primer diagnóstico en frecuencia los Trastornos Neuróticos con un 15,5% (gráfico 14).

- Segundo Periodo:

La distribución por grupos diagnósticos, muestra una mayor demanda con Ausencia de Diagnóstico psiquiátrico, obteniendo un 23,6% de frecuencia en la consulta.

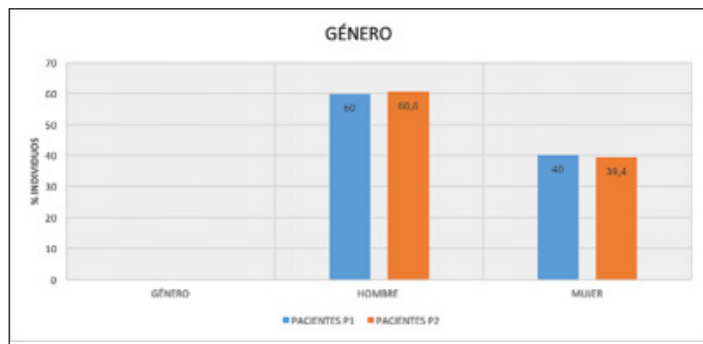


Gráfico 11. Evolución en cuanto al género de los pacientes que demandan la asistencia. Los varones siguen siendo mayoría en la demanda de asistencia

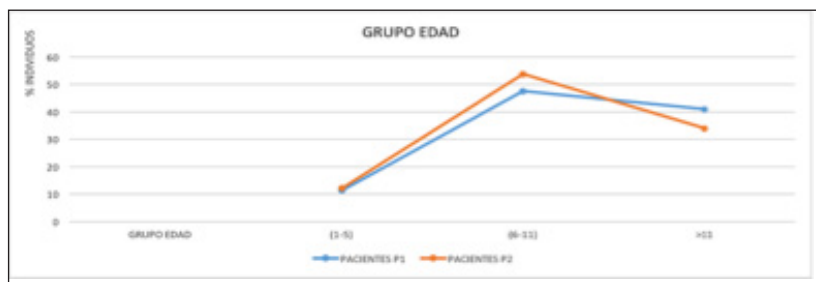


Gráfico 12. Comparativa del análisis del Grupo edad en los dos periodos del estudio.



Gráfico 13. Cambios en la procedencia de nuestros pacientes. Ha disminuido la demanda de la población rural y urbana, y se ha incrementado la demanda de la población semiurbana.

Destacar la elevada frecuencia de sujetos que carecen de diagnóstico psiquiátrico después de su demanda de consulta y la baja frecuencia de diagnósticos aplazados (gráfico 15).

El gráfico de la comparativa de ambas etapas muestra

lo siguiente (gráfico 16):

En el grupo Orgánicos hay menos, de un 0,5 se pasa a un 0,2%; un 0,3% de cambio.

El grupo Aplazados, ha pasado de 0 (en la primera parte están diagnosticados todos) a 0,9% (cómo ya hemos comentado anteriormente, hay 21 pacientes que por diversas razones no se ha podido completar la ficha de diagnóstico en el momento de la recogida de los datos en la Unidad). Esto es posiblemente debido a la proximidad de la recogida de las muestras del último periodo en comparación con el primero.

Los Códigos X, hay menos, de un 1,1, a un 0,6%; 0,5% de variación.

Los Códigos Z han experimentado un decrecimiento del 2,6%, actualizándose así de un 14,9 a un 12,3%.

El grupo de Ausencia de Diagnóstico Psiquiátrico, ha sufrido un fuerte incremento, pasando de un 14,4 en el primer periodo del estudio a un 23,6% en el último periodo, es decir, un 9,2% más.

Los Trastornos Psicóticos, hay un 0,2% menos, pasando de un 0,4 a un 0,2% en el periodo actual.

Los Trastornos Afectivos también hay menos, pasando de un 2,7 a un 1,9%, es decir, decrecen un 0,8%.

El grupo de Trastornos Neuróticos, ha pasado de tener un 15,5 a un 11,1%, un

4,4% menos.

Los Trastornos de Adaptación han descendido un 1,9%, de un 6,7 a un 4,8%.

Los TCA (Trastorno de la Conducta Alimentaria) pasan de un 3 a un 2,5%, 0,5% menos.

El grupo Síntomas pasa de presentar un 10,1 a un 5,7%, decrece un 4,4%.

Los Trastornos del Desarrollo y Retraso Mental, hay más, de un 10 a un 12,4%, un 2,4% de incremento.

Las Metabolopatías han pasado de un 0 a un 3,6%, esto se debe a que este grupo diagnóstico se inició en 2014 con el comienzo de un trabajo específico sobre esta patología, por lo que no existen datos anteriores.

Los TDAH han pasado de un 12,4 a un 10,9%, un 1,5% menos.

El Trastorno de Conducta Disocial, hay un 0,7% más, pasando de un 6,4 a 7,1% de frecuencia.

Los Trastornos Psicósomáticos pasan de un 1,8 a un 1,3%; 0,5% menos.

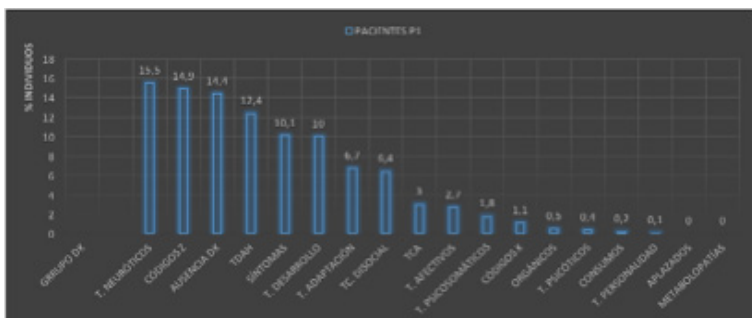


Gráfico 14. Primer Periodo: La distribución por Grupos Diagnósticos, destaca como primer diagnóstico en frecuencia los Trastornos Neuróticos con un 15,5%.

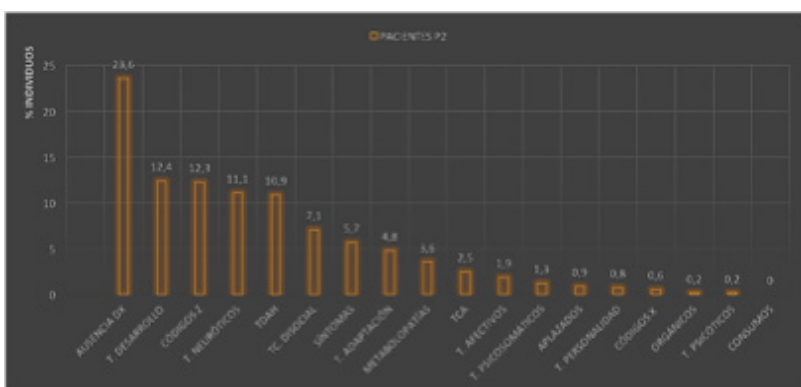


Gráfico 15. Segundo Periodo: La distribución por grupos diagnósticos, muestra una mayor demanda con Ausencia de Diagnóstico psiquiátrico, obteniendo un 23,6% de frecuencia en la consulta. La elevada frecuencia de sujetos carecen de diagnóstico psiquiátrico.

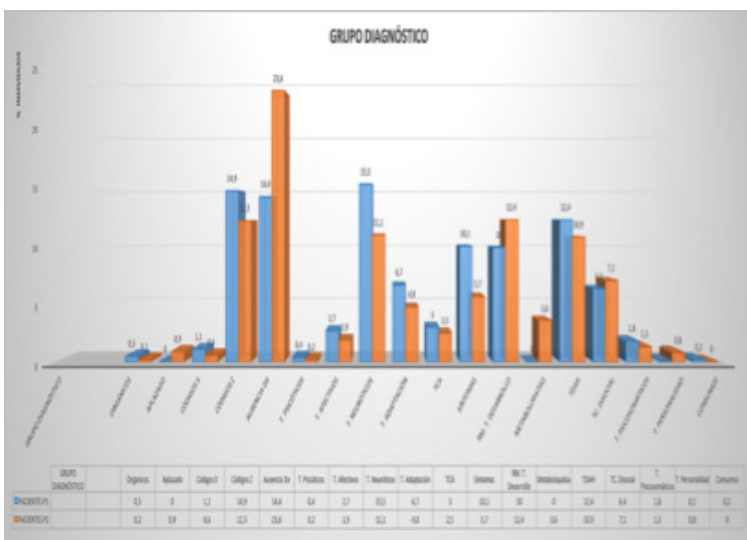


Gráfico 16 El gráfico de la comparativa de ambas etapas muestra lo siguiente.

Trastorno de Personalidad (Inestabilidad Emocional) hay un 0,7% más, pasando de 0,1 a 0,8%.

El grupo Consumo, hay menos, pasando de 0,2 a 0% en este periodo.

**Pruebas Chi cuadrado de Pearson:*

Para un valor chi-cuadrado = 363,74; p=0,000.

Resumen: En esta última etapa (2013-2015) observamos que porcentualmente, han disminuido todos los grupos diagnósticos en comparación con la anterior etapa (2000-2012) con la excepción de; Ausencia de Diagnóstico psiquiátrico (la subida más destacable), el Retraso Mental y los Trastornos del Desarrollo, el Trastorno de la Conducta Disocial y el Trastorno de Personalidad, que hay más en este último periodo. Los cambios que se han producido entre ambos periodos, según las pruebas de Chi cuadrado de Pearson, muestran que la variación es estadísticamente significativa.

Evolución

Los hechos destacables de esta demostración son: (gráfico 17).

Grupo de Altas; hay un 9,1% menos, pasando de 52,2 a 43,1%.

El grupo de derivación ha decrecido un 11%, pasando de un 14,2 a 3,2%.

El grupo abandono pasa de 28,8 a 23,7%, un 5,1% menos.

Los pacientes que Continúan pasan de ser un 4,7 a un 30%, experimentando un notable ascenso del 25,3%.

**Pruebas Chi cuadrado de Pearson:*

Para un valor chi-cuadrado = 842,48; p = 0,000.

Resumen: En el periodo 2013-2015, ha habido menos altas, menos derivaciones, menos abandono y más continuación en comparación con el periodo anterior (2000-2012), siendo esta diferencia estadísticamente significativa según los resultados obtenidos al realizar la prueba Chi cuadrado de Pearson.

Retención

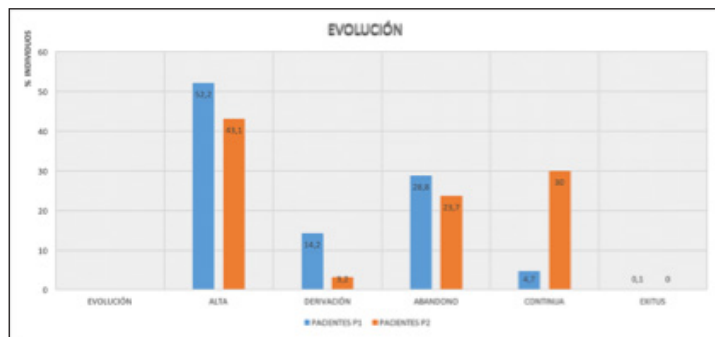


Gráfico 17. Evolución de los hechos destacables.



Gráfico 18. Al tratarse de un periodo más corto de tiempo, este último en comparación con el primero (3 años en comparación con 12), no haya grupos de más de 12 sesiones, ya que los pacientes aun se encuentran en tratamiento.

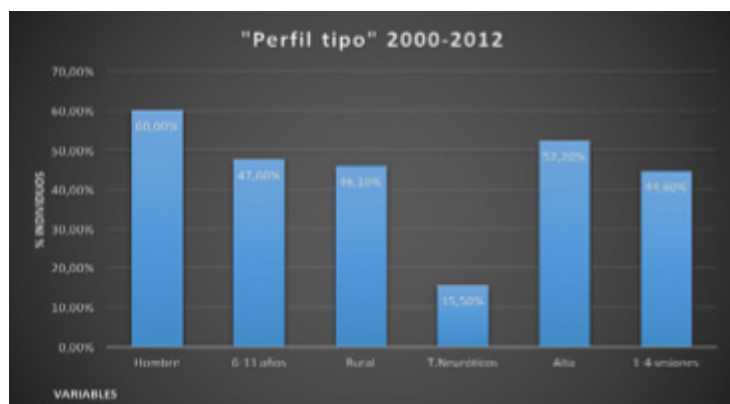


Gráfico 19. Perfil de paciente que demanda asistencia en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia de Santiago. Primer Periodo.

En este apartado debemos comentar que al tratarse de un periodo más corto de tiempo este último en comparación con el primero (3 años en comparación con 12), resulta entendible el hecho de que no haya grupos de mas de 12 sesiones, ya que los pacientes aun se encuentran en tratamiento (gráfico 18).

En el grupo de 1-4 sesiones, destaca que hay un 22% más, pasando de 44,6 a 66% En el grupo de 5-12 sesiones hay menos, de un 30,7 a un 3,8%.

En el grupo que continua, destaca que se asciende de un 4,3 a un 30%, un 25,7% más.

**Pruebas Chi cuadrado de Pearson:*

Para un valor chi-cuadrado = 1691,64; p = 0,000.

Resumen: Hay más retención en el grupo de 1-4 sesiones y en el grupo de Continua. Según las pruebas Chi cuadrado de Pearson realizadas en este estudio, las diferencias que se muestran son estadísticamente significativas.

En vista de los resultados, obtenemos el siguiente perfil de paciente que demanda asistencia en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia de Santiago a:

*Primer Periodo (gráfico 19).

*Segundo Periodo (gráfico 20).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran diferencias evidentes en la demanda de consulta de la población estudiada en los dos periodos considerados. Tenemos que decir que este estudio se ha encontrado con una serie de limitaciones; la primera ha sido que el incremento mas importante de la demanda se produce en el año 2013, y eso es lo que nos ha llevado a comparar los dos periodos, a pesar de que la primera muestra es mucho mayor en tiempo y en número de pacientes que la segunda etapa de la investigación. La segunda limitación que debe de ser señalada es la dificultad para el establecimiento de diagnósticos clínicos en la infancia y adolescencia dada la diversidad de fuentes de información. Y la tercera, que viene como consecuencia de la segunda, y que tiene

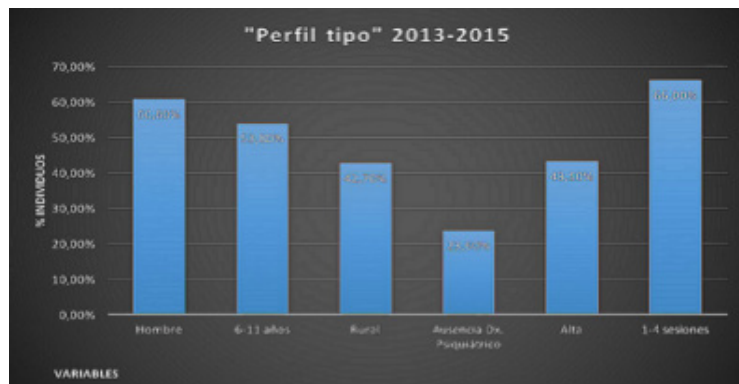


Gráfico 20. Perfil de paciente que demanda asistencia en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia de Santiago. Segundo Periodo

que ver con la insuficiente fiabilidad del diagnóstico categorial, y el uso de sistemas dispares (DSM de la APA, o CIE de la OMS en sus diferentes versiones) (3,4), para la asignación de los códigos diagnósticos y su acumulación en categorías más generales. En nuestro caso, la clasificación CIE-10 (3) es con la que trabajamos en esta USM.

Dentro de la práctica clínica nos encontramos con variaciones, los factores causantes que están relacionados con la población pueden incluir aspectos como: las diferencias de morbilidad, características sociodemográficas y la posibilidad de acceso a consumir servicios de Salud Mental Infantil en nuestra Unidad, independientemente de la existencia de un motivo justificado o no.

Asimismo, hay que considerar las expectativas y demandas del paciente o sus familiares, que pueden ser diferentes en función no tanto de la gravedad como sí de la presentación clínica, ya que los pacientes con síntomas que interfieren en su entorno requieren un mayor empleo de recursos (5,6).

Ambas muestras del presente trabajo están extraídas de una misma población que se encuentra dividida en dos periodos (lo hicimos así porque observamos que a partir de 2012, había más demanda de asistencia en la USM). Al ser la misma población, se comparte sustrato socioeconómico y cultural. Además, a la vista de los resultados, pueden considerarse homogéneas y equiparables, ya que entre otras razones, en general no

se observan diferencias entre poblaciones para el perfil de “paciente tipo” que acude a nuestra consulta con más frecuencia.

Las dos muestras también son semejantes respecto al género, edad de la demanda y hábitat. No ocurre lo mismo con la evolución, retención y el diagnóstico de los pacientes que consultan en la Unidad.

Por otro lado, la oferta de servicios y su organización son equiparables (se ha incrementado el personal con la incorporación de un psicólogo), al tratarse de dos periodos, cuya población ha sido y es atendida en la misma USM.

A pesar de ello, y debido a la indefinición de las patologías o situaciones en que debe prestarse la asistencia en atención primaria o especializada, queda a la discreción del facultativo iniciar el tratamiento o devolver al nivel de atención primaria los casos que se encuentren en el límite (aunque en este Servicio el índice de derivación es bajo). En el primer periodo del estudio, podemos observar cómo se derivan más pacientes que en esta segunda etapa (14,2 frente a 3,2%). Sin embargo hay que relativizar esta variable, ya que se encuentra directamente relacionada con la edad de derivación de los pacientes (16 años).

Por lo que resulta comprensible que en el primer periodo, que es más largo, haya más sujetos con la edad para ser derivados a Psiquiatría de adultos.

En el segundo periodo hay más demanda y la retención de los pacientes es menor, con la excepción de los que continúan. En este periodo la mayoría son dados de alta tras recibir menos de 5 sesiones, es decir, la duración del tratamiento es menor.

Este hecho puede verse influenciado por factores externos tales como la lista de espera o por la presión asistencial en forma de número de pacientes valorados por vez primera (superior en el segundo periodo de nuestra investigación).

Estas diferencias, vista la homogeneidad de las dos muestras, no parecen deberse a un distinto perfil sociodemográfico de los pacientes, así como tampoco podrían atribuirse a una oferta de servicios distinta, y por el contrario, sí que podría deberse a un perfil clínico diferente (predomina la ausencia de diagnóstico

psiquiátrico), lo que hace pensar en una utilización poco óptima de la USM que provoca el incremento de la demanda.

Otro factor que cabe considerar sería el modo distinto de entender el encuadre terapéutico. Los facultativos que han trabajado en esta Unidad no ha sido siempre los mismos, por lo que los profesionales sanitarios de uno de los periodos podrían haber tendido a ser más estrictos a la hora de definir cuándo un tratamiento llega a su fin, mientras que los del otro mantendrían un encuadre más laxo en el que no se tomaría un papel tan activo a la hora de decidir el momento del alta, sino que se haría dependiendo de un conjunto de circunstancias externas a la situación clínica del paciente (7).

Por un lado, la indicación de tratamiento (relacionada con las variables retención y evolución) se relacionaría con la delimitación de objetivos terapéuticos o la focalización del problema, que llevaría a tratamientos más cortos y con la posibilidad de que hubiera un menor número de abandonos. Por otra parte el aumento de demandas que no son susceptibles de diagnóstico psiquiátrico también provoca una mayor rapidez a la hora de dar el alta.

Sobre la decisión de terminar el tratamiento, no es posible afirmar cuál es la manera más apropiada de emplear los recursos. Las investigaciones realizadas hasta la fecha aportan resultados contradictorios sobre las ventajas de los tratamientos más prolongados (8,9,10,11,12,13,14) aunque parece ser mayor la evidencia en contra de que «más es mejor».

Lo importante es que el proceso terapéutico esté diseñado para transcurrir en más o en menos sesiones pero dependiendo exclusivamente de las necesidades del paciente en cuestión.

Por otro parte, los pacientes que abandonan (el 28,8% en el periodo 1 frente al 23,7% en el periodo 2) también consumen más consultas y más tiempo de asistencia en el caso del primer periodo. Esto se debe relativizar puesto que el primer periodo ocupa un mayor periodo de tiempo y pacientes que el segundo.

Con todo esto, si comparamos nuestros resultados con los de otros estudios podemos comprobar que:

En la variable género observamos que como venía pasando desde periodos anteriores, los varones son mayoría en nuestra Unidad. Tras revisar otros estudios

(15,16) y algunos realizados por nosotros mismos con anterioridad (1,2,17), se constata que la variable género masculino, sigue presentando un mayor número de casos en la Unidad que la femenina.

En los niños, la expresión de los trastornos es de un tipo más “activo” y entra en colisión con los valores aceptados. Este dato unido a que son llevados con más frecuencia a los Servicios de Atención Primaria, hacen que la detección sea más precoz y, por lo tanto, con mayores componentes reactivos.

En las niñas la expresión es mucho más silente, aunque un mismo trastorno se presenta con una media de 1,5 años de anterioridad que en los niños, se detecta 1 año después que en estos, lo que hace que el cuadro esté más evolucionado.

De lo expresado con anterioridad se puede comprender que: existan más tomas a cargo de tipo terapéutico en las niñas y, por el contrario, una mayor intervención preventiva en los niños.

En el grupo de edad, nos encontramos con que; según nuestro estudio, el grupo que más consulta es aquel que se encuentra entre los 6 y 11 años de edad. Y si hacemos la diferencia entre niños (menos de 11 años) y adolescentes (más de 11 años), podemos concluir que los niños consultan más que los adolescentes. Otros estudios (18), parecen ir en la misma línea:

Respecto al grupo de edad, de 9 a 12 años, es para el que más se consideró la necesidad de atención, en Hong Kong la media de edad de los menores atendidos en una clínica especializada fue de 9.7 años, y en Ankara, de 8.7 años (19,20).

Este dato referente a la edad está relacionado, a nuestro juicio, con la etapa de escolarización, siendo probablemente la escuela uno de los elementos detectores de patología.

Por otra parte, de acuerdo con los resultados de un estudio epidemiológico realizado en cuatro comunidades de los Estados Unidos de América, Leaf y colaboradores (21) señalaron que parece existir un importante impedimento para recibir servicios especializados en salud mental, así como la posibilidad de una falta de reconocimiento temprano de las manifestaciones en niños y adolescentes por parte de los padres y de los primeros prestadores de servicios explicaría que las consultas en

los primeros años sean menores, tanto en uno como en otro periodo.

Los hallazgos del presente estudio concuerdan con estos resultados y observaciones, y aportan información acerca de la percepción de la necesidad de ayuda en relación con los síntomas y conductas específicas de la comunidad, aspecto que apenas se ha abordado en otras investigaciones en la literatura (22).

Para terminar, podemos decir que ha habido un cambio en este apartado (edad) dentro de esta Unidad, ya que un estudio (17) que realizamos en 1997, señalaba que el 50% de las consultas eran demandadas por adolescentes (mayores de 11 años), siendo el porcentaje actual de adolescentes que consulta en la USM de un 34%.

El hábitat ha experimentado ciertos cambios, en el último periodo hay más demanda en el hábitat semiurbano y disminuye está en el rural y urbano, sin embargo, el hábitat rural sigue siendo el más prevalente entre los usuarios de la USM. Este hecho podría tener que ver con el hecho de que algunas zonas rurales hayan pasado a ser semiurbanas por incremento de su número de habitantes. Si revisamos otros estudios realizados en esta misma Unidad (1,2) comprobamos que no ha habido cambios en este sentido, y que esto viene sucediendo desde hace muchos años, ya que algunos de ellos (2) se llevaron a cabo estudiando la población que recibíamos desde incluso antes de la propia creación de esta Unidad (1977).

Dentro del Grupo Diagnóstico, en nuestra Unidad destacan como diagnósticos más frecuentes (de mayor a menor frecuencia de presentación); Ausencia de diagnóstico psiquiátrico, Códigos Z, Trastornos Neuróticos y TDAH.

En otros estudios sin embargo, destacan como diagnósticos más frecuentes (de mayor a menor frecuencia): los trastornos de conducta los que mayor porcentaje obtienen, seguidos de los trastornos de ansiedad (neuróticos según la CIE-10), los TDAH y los de la eliminación (nuestra categoría de: Síntomas).

Los datos obtenidos en nuestra investigación son coherentes con los de otras investigaciones, con la excepción de la categoría: Ausencia de diagnóstico psiquiátrico. Siguiendo esta línea, algunos trabajos (23,24) indican que los trastornos más diagnosticados son

los conductuales (34,7%), seguidos de los de ansiedad (26,7%) y de la eliminación (11,6%).

En otros estudios (25) la prevalencia de trastornos psiquiátricos, con una muestra de entre 0 y 17 años, mantiene una distribución similar a la obtenida en este trabajo, con 25,4% de trastornos de ansiedad, 23,7% de conducta, 13,6% trastornos afectivos, 13,4% trastornos específicos del desarrollo y del aprendizaje, y 10,2% de eliminación.

Un mismo estudio llevado a cabo en nuestra Unidad (1) muestra que se han producido cambios desde entonces, ya que en aquel estudio, las categorías diagnósticas más frecuentes eran (de mayor a menor frecuencia): Códigos V (actualizados a códigos Z), trastornos de la eliminación (actual categoría de Síntomas), trastornos adaptativos y trastornos de ansiedad (neuróticos). De esta manera, destaca la actual categoría de Ausencia de diagnóstico psiquiátrico como categoría más prevalente en la USM de Santiago.

La variable Evolución destaca por presentar en la mayoría de los casos, pacientes que han sido dados de alta en el momento actual. Debemos destacar que a pesar de que esperábamos encontrar un mayor número de abandonos en el segundo periodo del estudio, esta hipótesis no ha sido confirmada. En otros estudios (26) es interesante comprobar como casi la mitad de los pacientes que consultan por primera vez no regresan a las citas de control, hecho que merece la pena ser estudiado.

Además, un estudio (1) realizado en 1994 en nuestra propia Unidad obtuvo una serie de resultados entre los que destacan; 34,3% de altas, 7,2% de abandonos y 2,1% de derivaciones. A día de hoy, se han incrementado todos estos porcentajes; hay más altas (49%), pero también más derivaciones y abandonos (10,4 y 27% respectivamente) que hace 20 años.

Por último la variable Retención, se caracteriza por presentar un consumo de entre 1 y 4 sesiones, sin embargo en un anterior estudio (1) se objetivó que había altos índices de retención y bajos de salida de pacientes, justo lo contrario de lo que ha sucedido en nuestra actual investigación, ya que la mayoría con un consumo de entre 1 a 4 sesiones, ya ha sido dado de alta. Además debemos señalar, que el incremento de la demanda provoca un aumento del tiempo transcurrido entre una

consulta y la siguiente para el mismo paciente, por lo que a pesar de haber un aumento de Ausencia de diagnóstico psiquiátrico, este no se traduce en más altas, ya que hay un mayor número de pacientes que continúan en consulta a la espera de confirmar la ausencia de patología psiquiátrica.

CONCLUSIONES

1. El perfil general de paciente en la USM es un hombre de entre 6 y 11 años de edad que tiene el lugar de residencia en el medio rural, en el cual destaca la ausencia de diagnóstico psiquiátrico, haber recibido de entre 1 a 4 sesiones y en el momento actual, ya ha sido dado de alta.
2. En el periodo 2000-2012, el perfil de paciente fue un hombre de entre 6 y 11 años, procedente del hábitat rural, con diagnóstico de trastorno neurótico, que ya ha sido dado de alta en el momento actual y con un consumo de 1 a 4 sesiones.
3. El perfil del periodo 2013-2015 es un hombre que ha incrementado su demanda, que tiene una edad comprendida entre los 6 y 11 años, que vive en el medio rural, en el que destaca la ausencia de diagnóstico psiquiátrico, que en la mayoría de los casos ha sido dado de alta en el momento actual y que presenta una retención breve de 1-4 sesiones.
4. La diferencia fundamental entre los dos periodos del estudio, es el incremento objetivo de la demanda de atención en nuestra Unidad de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia, que determina una mayor prevalencia de Ausencia de diagnóstico psiquiátrico en los "pacientes" que nos consultan.
5. El incremento de consultas que no reciben un diagnóstico psiquiátrico no se traducen en un mayor número de altas como cabría esperar.
6. El incremento de la demanda parece estar en relación con el uso poco óptimo y difícilmente justificable de la Unidad de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia por parte de los profesionales (médicos y profesores) y de los padres que deciden las solicitudes de consulta.
7. La existencia de sistemas de registro de casos

y de bases de datos epidemiológicos resulta fundamental para hacer estudios de seguimiento y tener constancia de qué aspectos están cambiando en la demanda, en qué podemos centrarnos para mejorar el tratamiento y cuáles son las necesidades de servicios de atención en salud mental de la infancia y la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez Santos MD, Gómez Gracia A, Mazaira Castro JA. Análisis de la demanda en población infanto-juvenil en Galicia. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 1994; 3: 177-186.
2. Domínguez Santos MD, López P, Gómez A. Demanda de Salud Mental de los Adolescentes en una Unidad especializada durante un periodo de veinte años. *Siso/Salde* 1997; 29: 24-37.
3. OMS. The ICD 10 Classification of Mental and Behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Ginebra, 1992.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR, Washington, DC. 2002.
5. Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Atención Primaria* 2006; 38 (10): 563-569.
6. Wu P, Hoven CW, Bird HR, Moore RE, Cohen P, Alegria M, et al. Depressive and disruptive disorders and mental health services utilization in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1081-1090.
7. Alday J, Alonso V, Fernández-Calatrava B, García-Baró R, González- Juárez C, Pérez Pérez E, Poza A. Variaciones del consumo de recursos ambulatorios en la atención especializada de salud mental a niños y adolescentes. Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés. Madrid. España. *Gac Sanit* 2005; 19 (6): 448-455.
8. Juszczak L, Melinkovich P, Kaplan D. Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites. *J Adolesc Health* 2003; 32S: 108-118.
9. Weller W, Minkovitz C, Anderson G. Utilization

- of medical and health-related services among school-age children and adolescents with special health care needs (1994 National Health Interview Survey on Disability [NHIS-D] Baseline Data). *Pediatrics* 2003; 102: 593-603.
10. Armbruster P, Lichtman J. Are school based mental health services effective? Evidence from 36 inner city schools. *Community Ment Health J* 1999; 35: 493-504.
 11. Angold A, Costello EJ, Burns BJ, Erkanli A, Farmer E. Effectiveness of non-residential specialty mental health services for children and adolescents in the «real world». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 154-160.
 12. Andrade AR, Lambert EW, Bickman L. Dose effect in child psychotherapy: Outcomes associated with negligible treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 161-168.
 13. Hoagwood K. Commentary: The dose effect in children's mental health services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 172-175.
 14. Petti T. Commentary: More outcomes studies are needed. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 169-171.
 15. Pedreira JL, Rodríguez-Sacristán J, Zaplana J. Diferencias sexuales en la demanda a servicios comunitarios de Salud Mental infanto-juvenil en un territorio de una comunidad autónoma española. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1992; 12 (43): 275- 282.
 16. Espín Jaime JC, Belloso Roperro JJ. Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2009; 29 (104): 329-354.
 17. Domínguez MD, López P, Vázquez M. Códigos V en la adolescencia: características generales y consumo de servicios especializados. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 1997; 2: 82-91.
 18. Caraveo-Anduaga JJ, MC, MSP, Colmenares-Bermúdez E, MC, Martínez-Vélez NA, Lic Psic. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública Mex* 2002; 44 (6): 492-498.
 19. Ho TP, Chung SY. Help-seeking behaviors among child psychiatry clinic attenders in Hong Kong. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 292-298.
 20. Kilic C, Rezaki M, Ustun TB, Gater RA. Pathways to psychiatric care in Ankara. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29: 131-136.
 21. Leaf P, Alegría M, Cohen P, Goodman S, Horwitz S, Hoven C et al. Mental Health service use in the community and schools: Results from four-community MECA study. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35 (7): 889-897.
 22. McKelvey RS, Baldassar LV, Sang DL, Roberts L. Vietnamese parental perceptions of child and adolescent mental illness. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38 (10): 1302-1309.
 23. Bragado C, Carrasco I, Sánchez-Bernardos M, Bersabe R, Loriga A, Monsalve T. Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud* 1995; 6 (1): 67-82.
 24. Alaez Fernández M, Martínez-Arias R, Rodríguez Sutil C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema* 2000; 12 (4): 525-532.
 25. Castro M, Lago S. Estudio da demanda dos usuarios de saúde mental: Unidade de Saúde Mental II de Carranza- Ferrol. *Cadernos de Psicología* 1996; 20:35-45.
 26. Acero González A, Vázquez R. Psiquiatría infantil en el hospital pediátrico. *Rev Colomb Psiquiatr* 2007; 26: 460-470.

M Vargas¹, JI Martínez-Montoro², S Martínez¹, L Fernández-López¹, A Checa¹, A Molina-Carballo^{1,2}, A Muñoz-Hoyos^{1,2}

1. Servicio de Neuropediatría, Neuropsicología y Atención Temprana, Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Complejo Hospitalario Granada, Hospital Clínico San Cecilio, Avda Dr. Olóriz 16, Granada, España.

2. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Granada. Avenida de la Ilustración 11 18071, Granada, España.

Correspondencia:

joseimartinez@correo.ugr.es C/Sauce 3 23006 Jaén

Estudio de prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños en régimen de acogimiento residencial.

Prevalence study of attention deficit hyperactivity disorder in children in residential care.

RESUMEN

Introducción. Los niños que se encuentran en régimen de acogimiento residencial constituyen un colectivo de riesgo en el que los problemas médicos pueden alcanzar altas tasas, especialmente aquellos relacionados con la esfera psicológica, donde el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones del neurodesarrollo más frecuentes.

Objetivo. El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de TDAH en los niños de un centro de acogida en Albuñol (Granada) en 2016. **Material y Métodos.** En este estudio transversal se incluyeron los 106 niños de edades comprendidas entre los 5 y los 17 años del Centro Hogar “Cristo Rey”. La evaluación psicométrica se basó en la Escala de Vanderbilt de TDAH. Las funciones ejecutivas se evaluaron mediante el Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) en aquellos participantes que cumplieron los criterios de Vanderbilt, y también se aplicaron los criterios del DSM-5 en la entrevista clínica para reforzar el diagnóstico de TDAH.

Resultados. La prevalencia de TDAH fue del 17.9% en nuestro grupo, siendo el subtipo inatento el más frecuente.

Conclusiones. La prevalencia de TDAH en el centro de acogida “Cristo Rey” fue notablemente elevada en comparación con la prevalencia en niños de la población general. Es necesario seguir investigando acerca de las comorbilidades relacionadas con el TDAH en niños en

régimen de acogimiento residencial. Deberían instaurarse programas de detección e intervención en centros de acogida por las repercusiones que puede llegar a tener el TDAH.

Palabras clave: TDAH; acogimiento residencial; prevalencia.

SUMMARY

Introduction. Children in residential care constitute a risk group in which medical problems can reach high rates, especially those concerned to the psychological sphere, including attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), one of the most common neurodevelopmental disorders. **Objective.** The purpose of this study was to determine the prevalence of ADHD in children in a foster care institution in Albuñol (Granada) in 2016. **Materials and Methods.** This cross-sectional descriptive study included 106 children aged 5 to 17 years from “Cristo Rey” foster care institution. Psychometric evaluation was based on Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale. Executive functions were tested using the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) in participants who met Vandebilt criteria, as well Diagnostic and DSM- 5 criteria were applied in a clinical interview to strengthen ADHD diagnosis. **Results.** The prevalence of ADHD was determined to be 17.9 % in our group,

with inattentive subtype being the most important. **Conclusion.** Prevalence of ADHD in “Cristo Rey” foster care institution was visibly high in comparison with estimated prevalence in children general population. Research is needed to identify comorbidities in children in residential care suffering from ADHD. ADHD detection and intervention programmes in residential care must be developed because of its repercussion.

Key words: ADHD; residential care; prevalence.

INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años, el Departamento de Pediatría de la Universidad de Granada ha desarrollado actividades de detección de problemas de diversa tipología, asistenciales y de prevención en diversos colectivos infantiles, que tienen en común la pertenencia a grupos de riesgo social de especial vulnerabilidad. Los niños atendidos por el sistema de acogimiento residencial tienen necesidades y problemas de salud específicos que requieren respuestas sanitarias adecuadas a los mismos (1), consistiendo la función de estos centros en alojar a menores cuando no es posible mantenerlos en su medio familiar de origen. A pesar de la cualificación y dedicación de los educadores y de las buenas condiciones de las infraestructuras en términos generales en nuestro país, las necesidades emocionales, inevitablemente dependientes de múltiples personas, fundamentales sobre todo en los más pequeños, dificultan la consolidación de una vinculación afectiva necesaria para favorecer el desarrollo psíquico (2).

En un intento de continuar esta labor en estos grupos de riesgo social, considerando a su vez una línea de investigación que se viene desarrollando en el Departamento desde hace unos años, centrada en los Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), con este trabajo se pretende estudiar, mediante la realización de un estudio transversal descriptivo, la prevalencia de TDAH en una población infantil de especial riesgo (niños en régimen de acogimiento residencial), en concreto, en la población infantil del Centro Hogar “Cristo Rey” de Albuñol, en el contexto de un examen general de salud. Consideramos que la estancia en regímenes de acogimiento residencial, así como las circunstancias sociales en las que se ven inmersos estos menores pueden estar relacionadas con la aparición de TDAH, pudiendo dar lugar a una prevalencia mayor de TDAH que en la población infantil general. El TDAH tiene un impacto importante en la vida del niño y consecuencias graves

para su desarrollo (3), por lo que consideramos esencial su detección temprana. Además, el conocimiento que tenemos acerca de la problemática infantil en régimen de acogimiento residencial en relación con el TDAH es limitado. De este modo, intentamos potenciar la atención social a los niños en situación de riesgo y profundizar en el conocimiento de la población infantil en régimen de acogimiento residencial en relación con el TDAH.

MATERIAL Y MÉTODOS

Características de los participantes

Los participantes del presente estudio fueron los 106 menores, 61 varones (58%) y 45 mujeres (42%), con edades comprendidas entre los 5 y 17 años (edad media de 10.17 ± 3 años) que residían en el Centro Hogar “Cristo Rey” de Albuñol (Granada), en régimen de acogimiento residencial en el año 2016. A todos los participantes del estudio se les realizó una historia clínica y exploración física completa por órganos y aparatos, en el contexto de un examen general de salud. Se obtuvieron datos somatométricos de primer orden (peso, talla e índice de masa corporal) y se midieron constantes vitales (frecuencia cardíaca y tensión arterial). También se solicitó una exploración analítica básica (bioquímica y hemograma) tras doce horas de ayuno para descartar posibles alteraciones endocrinas, metabólicas y/o nutricionales intercurrentes. Las cifras de peso, talla e índice de masa corporal según edad y sexo fueron traducidas en percentiles de acuerdo a las Curvas y Tablas de Crecimiento propuestas por los Estudios Longitudinales y Transversal de la Fundación Faustino Orbegozo (4). En la analítica básica se realizó la exploración de las funciones glomerular, hepática y tiroidea y perfiles proteico y férrico, así de la series roja, blanca, plaquetaria y velocidad de sedimentación globular. En la Tabla 1 se muestra un resumen de las principales características de los sujetos del estudio.

Aspectos éticos y legales

Todas las consideraciones y procedimientos relacionados con el estudio, incluida la información proporcionada a los responsables legales del menor acerca de las características del proyecto, se acogieron a las normativas dictadas por los organismos responsables de la investigación en el niño, incluidas en la 18ª Asamblea Médica Mundial (AMM) sobre los principios éticos para la investigación médica en seres humanos de

Tabla 1. Resumen de las características de los sujetos del estudio.

Caso Nº	Edad (años)	Sexo (M/F)	Talla/peso (per- centil)	IMC (percentil)	Enfermedades previas-Hallazgos en la exploración física/analíticos
1	9	F	46/19	5	Dermatitis atópica
2	5	M	50/69	64	Sin interés
3	9	F	70/95	97	Sin interés
4	8	M	46/72	90	Pitiriasis alba
5	5	M	27/24	21	Hipertrofia amigdalal, soplo III/VI
6	12	F	28/50	77	Sin interés
7	10	F	38/18	13	Hipertrofia amigdalal, pediculosis
8	11	F	24/90	97	Hematoma brazo izquierdo
9	15	M	81/84	82	Nistagmus horizontal
10	8	M	84/72	55	Sin interés
11	7	M	42/54	74	Hipertrofia amigdalal
12	10	M	42/30	45	Sin interés
13	9	F	10/45	89	Pediculosis, hipotiroidismo subclínico
14	7	F	30/57	85	Sin interés
15	11	M	46/16	12	Sin interés
16	8	F	90/65	54	Pediculosis
17	15	F	69/98	95	Hipotiroidismo subclínico
18	11	M	93/95	90	Sin interés
19	8	M	27/31	40	Anemia normocítica
20	14	F	16/62	87	Sin interés
21	10	F	35/38	80	Hipertrofia amigdalal, hipotiroidismo sub- clínico
22	7	F	79/33	4	Hipertrofia amigdalal
23	9	F	82/96	97	Sin interés
24	10	M	42/31	28	Sin interés
25	17	M	92/>99	98	Estrías violáceas abdominales
26	5	M	43/79	91	Sin interés
27	10	M	58/47	36	Sin interés
28	6	F	42/50	49	Lesiones molluscum abdominales
29	9	M	70/73	80	Sin interés
30	13	F	76/69	57	Pediculosis, acné
31	10	M	86/92	85	Sin interés
32	10	M	93/>99	98	Sin interés
33	7	M	88/84	75	Sin interés
34	10	F	73/50	549	Hematoma rodilla derecha

35	17	M	35/92	95	Asma, acné
36	12	M	96/73	59	Drenaje timpánico izquierdo
37	7	M	84/38	5	Sin interés
38	8	M	36/54	73	Sin interés
39	13	F	51/30	39	Sin interés
40	9	F	67/72	60	Anemia ferropénica
41	11	M	75/51	29	Hipertrofia amigdalár
42	15	M	71/93	97	Estrabismo
43	10	F	52/61	59	Sin interés
44	8	M	26/45	81	Sin interés
45	14	M	58/80	77	Asma
46	9	F	76/40	49	Sin interés
47	15	M	86/90	89	Sin interés
48	11	M	87/74	36	Pediculosis
49	8	M	57/59	78	Actitud escoliótica
50	12	F	26/54	85	Sin interés
51	10	F	30/91	98	Dermatitis atópica
52	10	F	82/71	31	Sin interés
53	11	F	80/55	19	Hipertrofia amigdalár
54	12	M	56/58	58	Sin interés
55	10	M	69/87	84	Hematomas en rodillas
56	14	M	55/30	26	Sin interés
57	5	M	68/48	29	Hipertrofia amigdalár, Soplo II/VI
58	10	F	32/12	18	Sin interés
59	9	M	71/57	32	Sin interés
60	5	F	45/60	60	Sin interés
61	7	M	76/57	34	Hipertrofia amigdalár
62	9	F	12/79	96	Sin interés
63	7	M	81/90	76	Hipertrofia amigdalár
64	8	M	73/42	27	Hipertrofia amigdalár
65	12	F	20/46	88	Sin interés
66	16	M	90/98	97	Acné
67	14	M	44/28	34	Actitud escoliótica
68	6	F	67/70	45	Pediculosis, soplo III/VI
69	7	F	56/76	67	Hematomas, pediculosis
70	7	M	67/34	19	Hipertrofia amigdalár
71	13	F	87/99	96	Sin interés
72	6	M	78/70	30	Dermatitis atópica, pediculosis

73	9	M	27/56	77	Sin interés
74	8	M	36/61	75	Hematoma brazo izquierdo
75	15	M	54/80	84	Sin interés
76	11	F	66/78	77	Sin interés
77	11	M	34/45	63	Sin interés
78	12	F	60/81	78	Sin interés
79	8	M	90/69	40	Anemia ferropénica
80	13	F	34/72	89	Sin interés
81	10	M	37/39	44	Hipertrofia amigdalal, pediculosis
82	13	F	68/92	86	Pediculosis
83	5	M	12/34	41	Sin interés
84	9	M	50/88	69	Pediculosis
85	7	F	21/34	51	Sin interés
86	16	M	96/76	30	Acné, hipotiroidismo subclínico
87	14	F	45/76	79	Anemia ferropénica
88	13	F	37/65	87	Sin interés
89	8	M	73/77	67	Hipertrofia amigdalal
90	13	F	45/39	46	Sin interés
91	10	M	18/31	68	Sin interés
92	17	F	39/56	79	Pediculosis
93	7	M	77/53	21	Sin interés
94	8	M	73/60	46	Hipertrofia amigdalal
95	14	M	62/41	33	Hipertrofia amigdalal
96	9	M	97/74	24	Sin interés
97	10	M	62/50	40	Sin interés
98	6	F	79/87	72	Hipertrofia amigdalal
99	12	M	35/44	69	Sin interés
100	12	F	76/89	77	Sin interés
101	15	M	56/49	42	Sin interés
102	7	M	80/72	25	Soplo II/VI
103	11	F	81/>99	98	Sin interés
104	15	F	60/47	56	Sin interés
105	9	M	75/88	70	Hipertrofia amigdalal
106	9	F	40/32	34	Sin interés

Helsinki (Finlandia) en junio de 1964, y enmendada por la Declaración de la AMM sobre salud infantil adoptada en la 39ª Asamblea celebrada en Madrid en octubre de 1987, y la Declaración de Ottawa de la AMM sobre el derecho del niño a la atención médica, según el acuerdo adoptado en la 50ª Asamblea General de la AMM celebrada en Ottawa (Canadá) en octubre de 1998. Los procedimientos de este estudio se llevaron a cabo tras la obtención del consentimiento informado.

Métodos

Para dar cumplimiento al objetivo central de este proyecto, seguimos la metodología para estudio de niños con sospecha de TDAH que se viene empleando en la Unidad de Gestión Clínica de Pediatría del Hospital Universitario San Cecilio de Granada, protocolo que ha sido validado y refrendado.

A) Método clínico:

La metodología clínica empleada se recoge en el apartado anterior, conjuntamente con las características de los participantes. Se realizó una anamnesis y exploración física por órganos y aparatos completa, junto con la valoración de los principales parámetros somatométricos: peso (kg), talla (cm) e índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet (kg/m²), indicador del estado nutricional de los participantes y actualmente considerado como el mejor parámetro para evaluar el sobrepeso y la obesidad en el niño. Se considera bajo peso cuando el sujeto se encuentra por debajo del percentil 5; peso saludable cuando se encuentra entre el percentil 5 y el 85; sobrepeso entre los percentiles 85 y 95; obesidad cuando se encuentra en el percentil 95 o por encima. La evaluación clínica de los menores que presentaban datos sugestivos de TDAH en los métodos psicométricos, a través de la entrevista clínica con ellos mismos y/o sus cuidadores también fue llevada a cabo para confirmar el diagnóstico de TDAH tras la realización de los test psicométricos, de acuerdo con los criterios del DSM-5 (5).

B) Métodos Psicométricos:

B.1) La escala de evaluación neuropsicológica que se empleó fue el Cuestionario NICHQ Vanderbilt (6,7) en sus versiones para padres/cuidadores y para maestros. El Cuestionario NICHQ Vanderbilt, basado en los criterios diagnósticos de TDAH descritos en el DSM-5, permite

el cribado de TDAH como aproximación diagnóstica, además de la evaluación durante el seguimiento. Esta escala está disponible en inglés y en castellano en sus dos versiones: para padres/cuidadores (55 preguntas) y para profesores (43 preguntas). El Cuestionario NICHQ Vanderbilt, a diferencia de otras escalas, permite el despistaje de otras comorbilidades asociadas al TDAH y el diagnóstico diferencial de éste con otro tipo de alteraciones del neurodesarrollo, ya que, además de incluir subescalas de inatención e hiperactividad, dispone de subescalas que evalúan los síntomas relativos al trastorno oposicionista-desafiante (TOD), trastornos de conducta (TC) y ansiedad/depresión.

Evaluación de las Funciones Ejecutivas

La prueba utilizada es el Behavior Rating Inventory of Executive Functions (BRIEF) (8) el cuestionario de conducta más conocido para la valoración de las funciones ejecutivas, de utilidad para reforzar los resultados obtenidos en el test de Vanderbilt. Contiene un listado de conductas aplicable a niños entre 5 y 18 años, en la que el padre o profesor (según la versión) debe señalar la frecuencia con la que aparece el comportamiento. En este trabajo hemos utilizado la versión para padres/cuidadores en aquellos participantes que mostraron alteraciones en el test de Vanderbilt, que consta de 86 ítems agrupados en 8 escalas clínicas que miden distintos aspectos del funcionamiento ejecutivo (8,9).

RESULTADOS

Como se ha referido en el apartado de Métodos, el cuestionario NICHQ Vanderbilt es un cuestionario específico de evaluación de los síntomas del TDAH (inatención e hiperactividad), que además permite el despistaje y diagnóstico diferencial de otras comorbilidades asociadas o presentes independientemente del TDAH, como síntomas emocionales (ansiedad/depresión), rasgos conductuales (TC) y oposicionistas-desafiantes (TOD), aunque en relación con estas comorbilidades se precisa una valoración y la utilización de escalas más complejas y específicas para su confirmación diagnóstica.

En nuestro estudio empleamos tanto la versión para padres/cuidadores como para profesores cuyos resultados se muestran en las Tablas 2 y 3, respectivamente. En la Tabla 2 representamos el número de caso (primera columna), el número de ítems señalados como 2 ó 3 referidos a déficit de atención (segunda columna),

hiperactividad (tercera columna), TOD (cuarta columna), TC (quinta columna), síntomas emocionales (ansiedad/depresión) (sexta columna) y el resultado orientativo en función de las puntuaciones obtenidas (séptima columna). La Tabla 3 tiene una estructura similar, aunque al representar los datos obtenidos en la versión para profesores no distingue separadamente entre ítems referidos a rasgos oposicionistas-desafiantes y de trastorno de conducta. En todos los casos de TDAH y de despistaje de otras comorbilidades, al menos 1 de los ítems 48 a 55 (36 a 43 en la versión para profesores) fue puntuado como 4 ó 5. Se señalan las puntuaciones superiores o iguales a 6 para déficit de atención y/o hiperactividad, e iguales o superiores a 4 para TOD y 3 para TC, TC/TOD y/o ansiedad/depresión.

A modo de resumen, y considerando el conjunto de los 106 participantes:

a) Versión para padres/ cuidadores (Tabla 2):

Según las puntuaciones de esta versión del cuestionario de Vanderbilt, 9 de los 106 participantes (8.5%) pertenecieron al subtipo inatento (TDAH-I), 5 (4.7%) al subtipo combinado (TDAH-C) y 5 (4.7%) al subtipo hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI). Por tanto, del total de los 106 participantes, 19 cumplían criterios de TDAH (17.9%).

b) Versión para profesores (Tabla 3):

Según las puntuaciones de esta versión del cuestionario de Vanderbilt, 11 de los 106 participantes (10.3%) pertenecieron al subtipo inatento (TDAH-I), 3 al subtipo combinado (2.8%) y 5 participantes (4.7%) al subtipo hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI). Por tanto, del total de los 106 participantes, 19 cumplían criterios de TDAH (17.9%).

Ambas versiones coincidieron en 17 de los 19 participantes con criterios de TDAH (90%), mientras que las diferencias apreciadas consistieron en la identificación de 2 participantes en la versión para padres/cuidadores como TDAH-C, que en la versión para profesores fueron considerados TDAH-I.

En la distribución por sexos, de los 106 participantes, 13 de los que cumplían criterios de TDAH según el test de Vanderbilt eran varones (12.3%) y 6 mujeres (5.6%). La prevalencia en varones fue, por tanto, del 21%, encontrándose un 13% en mujeres.

En la distribución por edades, 2 de los participantes que cumplían criterios de TDAH según el test de Vanderbilt (1 subtipo inatento, 1 subtipo hiperactivo) tenían menos de 7 años (etapa preescolar), en relación con el total de participantes de menos de 7 años, (n= 9): 22.2%. 12 (7 cuidadores/9 profesores subtipo inatento, 3 subtipo hiperactivo, 2 cuidadores/0 profesores subtipo combinado) se encontraban entre los 7 y 11 años (etapa escolar), en relación con el total de participantes de entre 7 y 11 años (n= 65): 18.5%. 3 (2 subtipo combinado, 1 subtipo hiperactivo) tenían edades comprendidas entre los 12 y 15 años, en relación con el total de participantes de entre 12 y 15 años (n= 25): 12%. 2 (1 subtipo inatento, 1 subtipo combinado) se encontraban el grupo de edad de más de 15 años (adolescencia); en relación con el total de participantes de más de 15 años (n= 7): 28.5%. Por tanto, en la distribución por edades, de los 106 participantes, 2 de los que cumplían criterios de TDAH según el test de Vanderbilt tenían menos de 7 años (1.9%), 12 se encontraban entre los 7 y 11 años (11.3%), 3 se encontraban entre los 12 y 15 años (2.8%) y 2 tenían más de 15 años (1.9%). Resumimos la prevalencia de TDAH por edad en la Tabla 4.

**Behavior Rating Inventory of Executive Functions
(escala BRIEF)**

Este cuestionario de conducta permite la valoración de las funciones ejecutivas. En este estudio se aplicó la versión para padres/cuidadores, por su mayor especificidad, a aquellos participantes que tuvieron un resultado orientativo en el test de Vanderbilt correspondiente a TDAH, cuyos resultados representamos en la Tabla 5. En esta tabla se muestra el número de caso (primera columna), las puntuaciones directas (PD), T-score (T) y las puntuaciones centiles (PC) obtenidas en la subescala de inhibición (segunda columna), flexibilidad (tercera columna), control emocional (cuarta columna), el índice BRI (quinta columna), la subescala de iniciativa (sexta columna), memoria de trabajo (séptima columna), planificación (octava columna), organización de materiales (novena columna), el índice MI (décima columna), GEC (undécima columna), y las subescalas de inconsistencia (I) y negatividad (N) (duodécima y decimotercera columnas, respectivamente). Se señalan en negrita las puntuaciones T-score superiores a 65.

Tabla 2. Puntuación obtenida por cada participante en los subgrupos de ítems del cuestionario NICHQ Vanderbilt versión para padres/ cuidadores y resultado orientativo

Caso Nº	DA (ítems 1-9)	HI (ítems 10-18)	OD (ítems 19-26)	TC (ítems 27-40)	Ansiedad/ Depresión (ítems 41-47)	Resultado orientativo
1	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
2	0 / 9	1 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
3	1 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
4	3 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	3 / 7	Posibles síntomas emocionales
5	4 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	1 / 7	No TDAH
6	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
7	7 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	TDAH-I
8	1 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
9	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
10	7 / 9	3 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	TDAH-I
11	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
12	0 / 9	3 / 9	3 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
13	0 / 9	0 / 9	1 / 7	0 / 14	0 / 7	No TDAH
14	3 / 9	2 / 9	0 / 8	0 / 14	2 / 7	No TDAH
15	8 / 9	3 / 9	3 / 8	0 / 14	1 / 7	TDAH-I
16	0 / 9	6 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	TDAH-HI
17	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
19	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
20	3 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
21	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
22	0 / 9	1 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
23	5 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	7 / 7	Posibles síntomas emocionales
24	1 / 9	2 / 9	1 / 8	0 / 14	1 / 7	No TDAH
25	8 / 9	6 / 9	4 / 8	1 / 14	0 / 7	TDAH-C , posibles rasgos OD
26	3 / 9	7 / 9	3 / 8	0 / 14	0 / 7	TDAH-HI
27	0 / 9	0 / 9	1 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
28	0 / 9	1 / 9	3 / 8	0 / 14	3 / 7	Posibles síntomas emocionales
29	5 / 9	3 / 9	3 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
30	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
31	2 / 9	8 / 9	4 / 8	0 / 14	0 / 7	TDAH-HI, posibles rasgos OD
32	7 / 9	6 / 9	5 / 8	2 / 14	0 / 7	TDAH-C
33	0 / 9	2 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
34	1 / 9	4 / 9	3 / 8	0 / 14	1 / 7	No TDAH
35	4 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
36	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	1 / 7	No TDAH

37	0/9	1/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
38	0/9	0/9	1/8	0/14	0/7	No TDAH
39	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
40	7/9	2/9	0/8	0/14	1/7	TDAH-I
41	0/9	0/9	0/8	0/14	3/7	Posibles síntomas emocionales
42	2/9	2/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
43	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
44	1/9	0/9	0/8	0/14	1/7	No TDAH
45	3/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
46	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
47	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
48	6/9	1/9	0/8	2/14	0/7	TDAH-I
49	2/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
50	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
51	0/9	1/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
52	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
53	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
54	9/9	8/9	2/8	0/14	3/7	TDAH-C, posibles síntomas emocionales
55	0/9	2/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
56	3/9	3/9	3/8	0/14	2/7	No TDAH
57	1/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
58	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
59	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
60	2/9	0/9	0/8	0/14	2/7	No TDAH
61	3/9	0/9	0/8	0/14	5/7	Posibles síntomas emocionales
62	7/9	2/9	0/8	0/14	2/7	TDAH-I
63	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
64	4/9	1/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
65	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
66	0/9	1/9	1/8	1/14	0/7	No TDAH
67	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
68	1/9	1/9	2/8	0/14	2/7	No TDAH
69	3/9	2/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
70	0/9	0/9	0/8	0/14	1/7	No TDAH
71	0/9	0/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH
72	8/9	3/9	1/8	2/14	2/7	TDAH-I
73	1/9	0/9	0/8	0/14	1/7	No TDAH
74	0/9	1/9	0/8	0/14	0/7	No TDAH

75	4 / 9	1 / 9	0 / 8	0 / 14	2 / 7	No TDAH
76	8 / 9	1 / 9	1 / 8	0 / 14	4 / 7	TDAH-I, posibles síntomas emocionales
77	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
78	8 / 9	7 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	TDAH-C
79	0 / 9	2 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
80	1 / 9	4 / 9	3 / 8	0 / 14	1 / 7	No TDAH
81	4 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
82	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	1 / 7	No TDAH
83	0 / 9	1 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
84	2 / 9	7 / 9	4 / 8	0 / 14	0 / 7	TDAH-HI, posibles rasgos OD
85	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
86	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
87	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
88	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
89	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
90	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
91	7 / 9	7 / 9	3 / 8	1 / 14	0 / 7	TDAH-C
92	2 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
93	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	2 / 7	No TDAH
94	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
95	0 / 9	1 / 9	0 / 8	0 / 14	1 / 7	No TDAH
96	1 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	3 / 7	Posibles síntomas emocionales
97	0 / 9	2 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
98	1 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
99	1 / 9	6 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	TDAH-HI
100	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	1 / 7	No TDAH
101	8 / 9	2 / 9	1 / 8	1 / 14	1 / 7	TDAH-I
102	0 / 9	0 / 9	1 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
103	0 / 9	2 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
104	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH
105	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	5 / 7	Posibles síntomas emocionales
106	0 / 9	0 / 9	0 / 8	0 / 14	0 / 7	No TDAH

Notas al pie de tabla:

Se señalan en negrita las puntuaciones superiores o iguales a 6 para déficit atencional y/o hiperactividad, e iguales o superiores a 4 para TOD, y 3 para TC y/o ansiedad/depresión.

Los participantes con resultado orientativo de TDAH cumplieron criterios del DMS-5 para el diagnóstico de TDAH en la entrevista clínica.

Abreviaturas: (DA=déficit atencional) (HI=hiperactividad) (OD=oposicionista-desafiante) (TC=trastorno de conducta) (TDAH-I=TDAH de predominio inatento) (TDAH-C=TDAH de presentación combinada) (TDAH-HI=TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo).

Tabla 3. Puntuación obtenida por cada participante en los subgrupos de ítems del cuestionario NICHQ Vanderbilt versión para profesores y resultado orientativo

Caso Nº	DA (ítems 1-9)	HI (ítems 10-18)	TC/OD (ítems 19 a 28)	Ansiedad/ Depresión (ítems 41-47)	Resultado orientativo
1	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
2	1 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
3	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
4	2 / 9	3 / 9	2 / 10	0 / 7	No TDAH
5	5 / 9	0 / 9	0 / 10	2 / 7	No TDAH
6	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
7	6 / 9	0 / 9	0 / 10	5 / 7	TDAH-I , posibles síntomas emocionales
8	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
9	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
10	8 / 9	5 / 9	5 / 10	0 / 7	TDAH-I , posibles rasgos TC/ OD
11	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
12	0 / 9	2 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
13	2 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
14	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
15	8 / 9	1 / 9	0 / 10	2 / 7	TDAH-I
16	1 / 9	7 / 9	0 / 10	0 / 7	TDAH-HI
17	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
18	5 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
19	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
20	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
21	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
22	0 / 9	1 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
23	4 / 9	0 / 9	0 / 10	5 / 7	Posibles síntomas emocionales
24	2 / 9	1 / 9	0 / 10	3 / 7	Posibles síntomas emocionales
25	8 / 9	7 / 9	2 / 10	0 / 7	TDAH-C
26	3 / 9	7 / 9	2 / 10	0 / 7	TDAH-HI
27	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
28	0 / 9	0 / 9	1 / 10	3 / 7	Posibles síntomas emocionales
29	5 / 9	3 / 9	1 / 10	0 / 7	No TDAH

30	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
31	2 / 9	8 / 9	3 / 10	0 / 7	TDAH-HI
32	8 / 9	4 / 9	0 / 10	1 / 7	TDAH-I
33	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
34	3 / 9	1 / 9	1 / 10	3 / 7	Posibles síntomas emocionales
35	5 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
36	1 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
37	0 / 9	1 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
38	0 / 9	0 / 9	2 / 10	0 / 7	No TDAH
39	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
40	6 / 9	0 / 9	0 / 10	1 / 7	TDAH-I
41	0 / 9	0 / 9	0 / 10	2 / 7	No TDAH
42	1 / 9	1 / 9	0 / 10	1 / 7	No TDAH
43	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
44	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
45	2 / 9	1 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
46	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
47	0 / 9	1 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
48	8 / 9	4 / 9	2 / 10	1 / 7	TDAH-I
49	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
50	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
51	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
52	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
53	1 / 9	1 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
54	8 / 9	8 / 9	0 / 10	5 / 7	TDAH-C, posibles síntomas emocionales
55	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
56	3 / 9	3 / 9	0 / 10	2 / 7	No TDAH
57	1 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
58	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
59	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
60	1 / 9	0 / 9	1 / 10	1 / 7	No TDAH
61	2 / 9	0 / 9	2 / 10	5 / 7	Posibles síntomas emocionales
62	7 / 9	2 / 9	0 / 10	1 / 7	TDAH-I
63	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH

64	4 / 9	2 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
65	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
66	0 / 9	0 / 9	1 / 10	0 / 7	No TDAH
67	1 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
68	1 / 9	1 / 9	0 / 10	2 / 7	No TDAH
69	2 / 9	2 / 9	0 / 10	1 / 7	No TDAH
70	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
71	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
72	6 / 9	1 / 9	0 / 10	2 / 7	TDAH-I
73	0 / 9	0 / 9	0 / 10	1 / 7	No TDAH
74	3 / 9	1 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
75	4 / 9	1 / 9	0 / 10	2 / 7	No TDAH
76	8 / 9	4 / 9	0 / 10	2 / 7	TDAH-I
77	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
78	8 / 9	6 / 9	0 / 10	0 / 7	TDAH-C
79	0 / 9	2 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
80	1 / 9	3 / 9	2 / 10	0 / 7	No TDAH
81	3 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
82	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
83	0 / 9	1 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
84	2 / 9	8 / 9	3 / 10	0 / 7	TDAH-HI , posibles rasgos TC/ OD
85	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
86	2 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
87	1 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
88	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
89	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
90	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
91	7 / 9	4 / 9	2 / 10	0 / 7	TDAH-I
92	2 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
93	0 / 9	0 / 9	0 / 10	1 / 7	No TDAH
94	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
95	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
96	1 / 9	2 / 9	1 / 10	5 / 7	Posibles síntomas emocionales
97	0 / 9	1 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
98	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
99	3 / 9	7 / 9	0 / 10	0 / 7	TDAH-HI

100	0 / 9	0 / 9	0 / 10	1 / 7	No TDAH
101	8 / 9	1 / 9	0 / 10	1 / 7	TDAH-I
102	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
103	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
104	1 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH
105	0 / 9	0 / 9	0 / 10	5 / 7	Posibles síntomas emocionales
106	0 / 9	0 / 9	0 / 10	0 / 7	No TDAH

Notas al pie de tabla:

Se señalan en negrita las puntuaciones superiores o iguales a 6 para déficit atencional y/o hiperactividad, e iguales o superiores a 4 para TOD, y 3 para TC y/o ansiedad/depresión.

Los participantes con resultado orientativo de TDAH cumplieron criterios del DMS-5 para el diagnóstico de TDAH en la entrevista clínica.

Abreviaturas: (DA=déficit atencional) (HI=hiperactividad) (OD=oposicionista-desafiante) (TC=trastorno de conducta) (TDAH-I=TDAH de predominio inatento) (TDAH-C=TDAH de presentación combinada) (TDAH-HI=TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo).

Tabla 4. Prevalencia de TDAH por edades (n: total de participantes)

Edad	n	TDAH	%
<7	9	2	22.2
7-12	65	12	18.5
12-15	25	3	12
>15	7	2	28.5

Tabla 5. Puntuaciones directas, T-score y puntuaciones en centiles obtenidas en cada una de las subescalas e índices del BRIEF (versión para padres/ cuidadores).

Caso Nº	Inhibición			Flexibilidad			Control emocional			BRI		
	PD	T	PC	PD	T	PC	PD	T	PC	PD	T	PC
7	13	44	38	14	57	59	14	45	39	41	47	46
10	10	42	36	15	65	91	10	41	32	35	47	55
15	10	37	14	13	53	74	10	36	6	33	39	16
16	20	60	85	15	60	85	25	69	96	60	66	93
25	18	60	84	21	77	98	24	67	92	63	69	92
26	27	75	98	21	81	99	27	73	98	75	80	99
31	29	88	99	20	81	99	30	91	99	79	94	99
32	30	89	99	15	59	86	22	62	88	67	73	95
40	22	61	89	16	75	99	23	61	83	67	62	86
48	17	60	86	15	63	92	16	51	65	48	58	83

M Vargas, JI Martínez-Montoro, S Martínez,
L Fernández-López, A Checa, A Molina-Carballo,
A Muñoz-Hoyos

*Estudio de prevalencia del trastorno por déficit de
atención e hiperactividad en niños en régimen de
acogimiento residencial*

346

54	27	75	98	17	67	96	28	76	98	72	77	98
62	17	55	94	14	59	84	20	60	78	62	56	87
72	18	66	91	15	65	91	15	53	70	48	62	86
76	19	63	88	15	63	91	17	56	76	21	62	90
78	26	74	98	21	82	99	17	51	64	73	69	80
84	27	86	99	20	81	99	28	80	98	75	87	99
91	18	60	86	20	81	99	25	77	98	63	70	97
99	18	66	91	14	61	86	21	67	95	53	68	93
101	17	63	90	14	54	68	12	48	51	42	60	73

Nº	Iniciativa			Memoria de trabajo			Planificación			Organización materiales			Monitorización		
	PD	T	PC	PD	T	PC	PD	T	PC	PD	T	PC	PD	T	PC
7	15	56	79	28	76	98	29	69	94	18	71	99	14	47	42
10	24	89	99	23	74	98	35	79	99	18	72	99	18	65	96
15	24	84	99	23	65	90	36	84	99	18	71	99	18	64	83
16	17	63	88	19	60	80	31	57	82	13	51	79	18	59	83
25	21	78	98	22	66	91	32	76	97	18	69	99	18	64	89
26	12	47	49	20	58	81	24	58	83	18	71	99	15	50	54
31	15	56	78	20	60	87	25	60	83	18	69	99	15	54	69
32	18	68	95	24	70	96	33	78	97	18	69	99	17	61	86
40	20	70	96	27	75	97	30	69	93	18	69	99	21	72	97
48	16	63	89	25	69	95	29	74	97	17	67	95	16	61	88
54	17	63	88	30	80	99	32	75	98	16	64	92	21	69	98
62	12	50	59	24	71	97	32	80	98	10	46	43	17	64	91
72	22	83	99	30	93	99	34	77	99	18	72	99	20	71	99
76	17	62	85	28	78	98	34	76	98	18	69	99	18	63	90
78	13	50	62	24	67	95	31	73	98	11	49	45	20	66	96
84	15	56	81	22	61	86	29	60	85	12	57	70	18	60	82
91	23	79	99	30	82	99	35	80	99	18	69	99	21	72	97
99	16	63	89	20	64	75	23	58	79	14	60	83	14	54	71
101	17	66	93	29	90	99	32	74	98	12	55	78	17	62	93

Nº	MI			GEC			I	N
	PD	T	PC	PD	T	PC	PD	PD
7	104	68	95	145	60	82	5	3
10	118	79	99	153	70	94	2	4

15	119	78	99	146	63	90	4	4
16	97	61	75	155	64	97	3	4
25	111	73	98	174	73	97	4	4
26	89	59	78	164	68	94	2	0
31	93	61	86	172	74	98	2	2
32	110	73	98	177	74	97	3	3
40	116	74	97	183	79	99	5	2
48	100	70	94	148	67	92	2	4
54	116	76	98	188	78	98	2	2
62	95	67	93	157	71	95	6	4
72	124	82	99	172	78	99	2	4
76	115	73	97	166	72	95	2	4
78	112	70	97	150	75	94	5	4
84	97	58	89	193	85	99	6	2
91	127	80	99	190	81	99	5	3
99	87	61	85	140	65	89	2	4
101	104	67	93	175	75	99	2	3

Notas al pie de tabla:

Señalamos en negrita las puntuaciones T-score superiores a 65.

Abreviaturas: (PD=puntuación directa) (T=T-score) (PC=puntuación centil) (BRI=índice de regulación comportamental) (MI=índice de metacognición) (GEC=composición ejecutiva global) (I=inconsistencia) (N=negatividad).

Inconsistencia aceptable: ≤ 7 ; Negatividad aceptable: ≤ 4 .

DISCUSIÓN

En este estudio sobre la prevalencia de TDAH en niños en régimen de acogimiento residencial, se ha utilizando como metodología psicométrica los test de Vanderbilt y de BRIEF y la evaluación clínica de los menores, de acuerdo con los criterios establecidos por el DSM-5. En los 106 menores de la Centro Hogar “Cristo Rey” de Albuñol (Granada), con edades comprendidas entre los 5 y 17 años, la prevalencia encontrada fue del 17.9%. En lo referente al test de Vanderbilt, se observa coincidencia en un 90% entre los datos aportados por los cuidadores y los profesores en las subescalas de inatención e hiperactividad.

Siguiendo las recomendaciones, es necesario que se aplique esta escala para los cuidadores y los profesores con objeto de tener una visión más completa del conjunto de síntomas y, llegar a un diagnóstico más aproximado (10), de tal forma que se pueda demostrar la repercusión del niño con TDAH en varios ámbitos de su vida. Los análisis de correlación de ambas versiones del test de Vanderbilt muestran una elevada correlación tanto en la literatura (11), como en el presente trabajo. Como era de esperar, también observamos una correlación absoluta entre el test de Vanderbilt y el BRIEF, donde el T-score superior a 65 en el BRI se correspondió con rasgos de hiperactividad/impulsividad y el T-score superior a 65 en el MI con rasgos de inatención (12). Nuestros resultados se aproximaron a la relación 2:1 a favor del sexo masculino (21% frente a 13% en mujeres) para la composición de varones y mujeres descrita en los resultados de las estadísticas generales sobre TDAH realizadas en España (13). En contra de lo reflejado en la literatura, donde el subtipo combinado es el más frecuente, en nuestros participantes el subtipo predominante fue el inatento, subtipo que predominó de igual forma en el grupo mayoritario (edades comprendidas entre 7 y 11 años, con un total de 65 participantes), si bien es cierto que hay series que reflejan que el subtipo inatento puede ser el predominante en estas franjas de edad. Los resultados obtenidos en el test de Vanderbilt en relación a los síntomas emocionales (ansiedad/depresión), trastornos de conducta y trastorno oposicionista-desafiante constituyen un despistaje inicial de estas comorbilidades del TDAH, y se precisa una valoración más compleja y la utilización de escalas específicas para su confirmación diagnóstica. Estas subescalas nos han resultado útiles para hacer el diagnóstico diferencial del TDAH con estas

alteraciones, que bien pueden presentarse aisladas o como comorbilidad de TDAH.

El DSM-5 refiere que la prevalencia de TDAH en la población infantil se encuentra entre el 5 y el 7% (5), aunque estos datos de prevalencia son variables según los criterios diagnósticos empleados, el origen de las muestras, la metodología, las edades y el sexo escogidos. En Europa, se estima un 5% de prevalencia en niños y adolescentes (14), siendo la prevalencia en España similar a la europea (15). En la literatura podemos encontrar que los niños en régimen de acogimiento residencial presentan tasas más elevadas de trastornos psiquiátricos. Steele et al. (16), en su estudio epidemiológico sobre niños en régimen de acogimiento en Utah, concluyeron que casi la mitad de estos niños tienen un problema de salud mental diagnosticable, frente a cifras inferiores al 10% en niños de entre 4 y 16 años de la población general. En lo referido a la prevalencia de TDAH en niños en régimen de acogimiento residencial, DosReis et al. (17) estimaron una prevalencia del 16% en niños de entre 4 y 16 años, mientras que Harman et al. (18), obtuvieron una prevalencia cercana al 18% en niños con edades comprendidas entre los 5 y los 17 años. La prevalencia obtenida en nuestro estudio, notablemente superior a la de la población infantil general, es compatible con los resultados que han sido obtenidos en estudios previos.

No existe un claro consenso en relación a los métodos de evaluación y criterios diagnósticos que deben ser empleados en niños en los que se sospecha TDAH. El TDAH es una patología cuyo diagnóstico es clínico, y este hecho da lugar a variaciones en la estimación de la prevalencia de TDAH, conduciendo a un sobrediagnóstico en determinadas zonas y a una infraestimación de esta prevalencia en otras según los procedimientos utilizados. Nuestro objetivo ha sido determinar la prevalencia de TDAH de acuerdo con los criterios del DSM-5 y mediante escalas validadas internacionalmente, tratando de detectar aquellos casos en los que esta patología provocara una disfunción significativa en el niño, pero somos conscientes de que los métodos empleados para estudiar la prevalencia de TDAH en este trabajo pueden diferir de los empleados en otros estudios, lo que constituye una limitación y dificultad adicional a la hora de determinar una prevalencia de TDAH con exactitud y que ésta pueda ser comparada con la obtenida en otros estudios que utilizaron procedimientos distintos. De cualquier manera, creemos que tanto el test de Vanderbilt

como el de BRIEF, son cuestionarios validados, con suficientes garantías para ser aplicados y por tanto admitir la prevalencia encontrada como un hallazgo de interés que debe ser atendido y tratado adecuadamente. Como hemos ido desarrollando en anteriores apartados, tenemos claro que hay evidencia de que los niños en régimen de acogimiento residencial tienen con más frecuencia problemas de salud y éstos son más complejos que los que se presentan en niños que no se encuentran en estas circunstancias. Entre estos problemas, destacan los de la esfera psicológica, donde se incluye el TDAH. Esta prevalencia, muy por encima de la media estimada en niños de la población general, podría estar relacionada, por una parte con factores derivados de las circunstancias familiares en que se desarrollan los menores (ambientes familiares inadecuados, negligencia de cuidados, conflictos familiares, etc.). También podrían influir factores derivados de la institucionalización (trastornos emocionales relacionados con el estrés y la separación familiar, el cambio de vivienda y circunstancias). Por otra parte, es probable que haya factores derivados de la propia personalidad del niño y relacionados con la heredabilidad de esta patología, que puedan desencadenar la aparición del TDAH ante circunstancias determinadas (en este caso, la institucionalización).

Otras de las limitaciones que encontramos en este estudio es que éste haya sido realizado en un único centro de acogimiento residencial, lo que limita la extrapolabilidad de los resultados. Nuestro objetivo es ampliar este estudio al resto de centros de acogimiento residencial en la provincia, y creemos que también sería necesario elaborar un mapa a nivel de otras provincias, autonómico y nacional para conocer la prevalencia de TDAH en centros de acogimiento residencial, de tal forma que pudiéramos detectar de forma precoz esta patología en dichos colectivos de riesgo y tratar de solventar los problemas y necesidades de los niños con TDAH, teniendo en cuenta que el tratamiento no siempre será farmacológico, pero en el que sin duda deberemos incluir intervenciones complementarias de apoyo y orientación en el contexto escolar y en el del propio centro. Otra consideración importante debe ser la continuidad en la línea de investigación de comorbilidades asociadas al TDAH reconocidas por la literatura internacional (19) que pueden empeorar el pronóstico e incrementar el deterioro funcional de los niños de este colectivo (trastornos del sueño, de conducta, trastornos de ansiedad, depresión,

trastornos en la comunicación y el aprendizaje, epilepsia, etc.). Según los últimos datos, publicados por el Observatorio de la Infancia en 2017 (20), estamos asistiendo a un incremento en el número de menores atendidos en los diferentes programas de protección, entre los que se encuentra el acogimiento residencial. Sin embargo, el conocimiento que tenemos acerca de los problemas y necesidades de los niños de estos centros es escaso en líneas generales y, especialmente en el TDAH. Creemos, por tanto, que es necesario continuar profundizando en este ámbito, dado el importante grado de repercusión que puede llegar a tener el TDAH en los diferentes ambientes de la vida del niño en régimen de acogimiento residencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oliván-Gonzalvo G. Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida. *An Pediatr* 1999; 50 (2): 151-155.
2. Rodríguez J, Rivera M, Marín L, Muñoz A. Atención sanitaria a menores en régimen de acogimiento residencial. En: Díaz J, Marín L, Muñoz A, coordinadores. *Manual de Pediatría Social*. 1a ed. Málaga: Ediciones del Genal; 2013.p.97-105.
3. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2015; 387 (10024): 1240-1250.
4. Fernández C, Lorenzo H, Vrotsou K, Aresti U, Rica I, Sánchez E. Estudio de Crecimiento de Bilbao. Curvas y tablas de crecimiento. Estudio Transversal. Bilbao: Fundación Faustino Orbeago ed; 2011.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
6. Wolraich ML. Vanderbilt ADHD Parent Rating Scale (VADPRS). Cambridge: American Academy of Pediatrics and The National Initiative for Children's Health Care Quality; 2003.
7. Wolraich ML. Vanderbilt ADHD Teacher Rating Scale (VATPRS). Cambridge: American Academy of Pediatrics and The National Initiative for Children's Health Care Quality; 2003.
8. Gioia GA, Isquith, PK, Guy, SC, Kenworthy, L.

- Behavior rating inventory of executive function. Odessa: Psychological Assessment Resources; 2000.
9. García T, González-Pienda JA, Rodríguez C, Álvarez D. Psychometric characteristics of the BRIEF scale for the assessment of executive functions in Spanish clinical population. *Psicothema* 2014; 26 (1): 47-54.
 10. Mont M, Rollins V. What is the most effective diagnostic tool for ADHD in school-age children in the primary care setting? *J Evid Based Pract* 2010; 13 (11): 7.
 11. Kądziela-Olech H. The measurement of the symptoms of ADHD in the NICHQ Vanderbilt Assessment Scale for Parent (VADPRS) and for Teacher (VADTRS). *Psychiatr Psychol Klin* 2014; 14 (4): 277-283.
 12. García T, González-Castro P, Rodríguez C, Cueli M, Álvarez D, Álvarez L. Alteraciones en el funcionamiento ejecutivo en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus subtipos. *Psicol Educ* 2014; 1 (20): 23-32.
 13. Catalá-López F, Peiró S, Ridao M, Sanfélix-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá M. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiat* 2012; 12 (1): 1.
 14. Young S, Fitzgerald M, Postma MJ. Libro Blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados. Bruselas: European Brain Council (EBC) y GAMIAN-Europe (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks); 2013.
 15. Alda JA, Fernández M. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010.
 16. Steele JS, Buchi KF. Medical and Mental Health of Children Entering the Utah Care System. *Pediatrics* 2008; 122 (3): 703-709.
 17. Dos Reis S, Zito JM, Safer DJ, Soeken KL. Mental health services for youths in Foster care and disables youths. *Am J Public Health* 2001; 91 (7): 1094-1099.
 18. Jeffrey S, Harman P, George E, Childs BA, Kelly J, Kelleher MD. Mental Health Care Utilization and Expenditures by Children in Foster Care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154 (11): 1114-1117.
 19. López-Soler C, Romero-Medina A, coordinadores. TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento. 1ª ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2014.
 20. Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (datos 2015). Boletín Estadístico 18. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.

C. García Montero¹; S. Geijo Uribe²; B. Mongil López²; M. Vaquero Casado²; F. De la Torre Brasas¹ y A. Duque Domínguez¹

¹Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial de Ávila. Calle Jesús del Gran Poder, 42. 05003 Ávila

²Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Avda. Ramón y Cajal 3. 47003 Valladolid

Correspondencia:

Cristina García Montero.

Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Provincial de Ávila.

Calle Jesús del Gran Poder, 42. 05003 Ávila.

crisgarciamontero@gmail.com

El trastorno de conducta alimentaria como fachada del síndrome de alienación parental

Eating disorders as a façade of parental alienation syndrome

RESUMEN

Se presenta el caso de una niña de 11 años que ingresa, en dos ocasiones, en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil por restricción completa de la ingesta alimentaria. Se realiza una revisión de las características del síndrome de alienación parental. En este síndrome, un progenitor transforma la conciencia de sus hijos mediante distintas estrategias, con objeto de destruir los vínculos de éstos con su pareja, hasta hacer que la odien y la rechacen.

Palabras clave: Trastorno de conducta alimentaria, Síndrome de Alienación Parental, Maltrato infantil, Padres divorciados.

ABSTRACT

The following is a presentation of a case about an 11-years-old girl who has been an inpatient on two occasions in the Children's Psychiatric Ward for a complete stoppage of the consumption of alimentary products. A review along the lines of a syndrome involving parental alienation is carried out. In this syndrome, a parent may transform/modify the conscious of their child through various strategies, with the objective of destroying the ties that the child may have with their partner, up to hating and rejecting them.

Keywords: Eating disorders, Parental Alienation Syndrome, Child abuse, Divorced parents.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de alienación parental (SAP) es el proceso en el cual un niño, cuyos padres estén separados o en proceso de divorcio, es alienado por uno de sus progenitores para conseguir que rechace al otro (1). Es decir, un progenitor manipula a sus hijos con la intención de predisponerlos contra el otro. Este fenómeno es cada vez más frecuente en las rupturas matrimoniales (2).

Se caracteriza por la presencia de una campaña de denigración hacia un progenitor previamente querido por el niño. En esta campaña habitualmente participa un progenitor que promueve el resentimiento y el odio y culmina cuando el niño rechaza abiertamente al progenitor acusado, siempre en ausencia de maltrato físico o abuso. El síndrome de alienación parental es una forma grave de maltrato psicológico y requiere una intervención multidisciplinaria para detenerlo (3).

La alienación parenteral no es un síndrome médico (4). No ha sido reconocido en el DSM 5. Si bien, las interferencias que se dan en estos casos de divorcio, en los que el objetivo de uno de los progenitores es el

rechazo por parte del menor al otro progenitor, pueden causar consecuencias a corto plazo (5) como angustia, inseguridad, baja autoestima, bajo rendimiento escolar, aislamiento, dificultades en las relaciones sociales, alteraciones del comportamiento, sentimientos de culpabilidad e incluso trastornos de identidad y de imagen.

A.- Descripción del caso clínico

Se trata de una niña de 11 años, hija única, que reside a días alternos (custodia compartida) con su madre y su padre, divorciados desde que la paciente tiene 15 meses. Es trasladada para ingreso a nuestra unidad por negativa a la ingesta con pérdida de peso y dolor abdominal.

B.- Antecedentes personales

Embarazo deseado. Su madre prefería que fuese una niña. Durante el mismo, se produjo una amenaza de aborto considerándose un embarazo de alto riesgo, motivo por el que la madre precisó reposo absoluto la mayor parte de la gestación. Parto eutócico, natural, en el medio hospitalario a la semana 41. Lactancia natural durante los primeros cuatro meses.

Desarrollo psicomotor, del lenguaje y control de esfínteres sin alteraciones. Inicia la guardería a los 21 meses y la escolarización a los 3 años con buena adaptación. Actualmente cursa 5º de Primaria con buen rendimiento académico. Como actividades extraescolares realiza atletismo, inglés y acude al conservatorio.

C.- Antecedentes familiares

Madre de 45 años, divorciada. Tiene estudios universitarios y trabaja como profesora de Educación Secundaria. Presenta sobrepeso.

Padre de 50 años, divorciado, vive con su actual pareja (nutricionista). Tiene estudios universitarios y trabaja como profesor universitario. Tras el divorcio inició tratamiento psicológico que abandonó tras la segunda sesión.

D.- Enfermedad actual

Según el padre, tras una sobreingesta en una cena, la paciente aqueja abdominalgia y pasa dos días sin comer. Poco a poco comienza a comer pequeñas cantidades de comida que le producen dolor abdominal. Le diagnosticaron *Helicobacter Pylori* que trataron con éxito. Pese a ello persisten la gastralgia y la pérdida de

peso (unos 5 kilogramos). Se le hace un estudio completo (analítica sanguínea, bioquímica, inmonoglobulinas, IgE específica a leche de vaca, huevo, gluten, pescado y anisakis, autoinmunidad, hormonas tiroideas, coprocultivos, ecografía abdominal y una endoscopia digestiva alta) sin hallazgos significativos. Como la paciente continúa perdiendo peso se procede a su ingreso.

Al principio del ingreso presenta una actitud negativista, con gran ansiedad frente a las comidas, además de manifestar dolor abdominal de forma persistente. Continúa perdiendo peso y no come ningún alimento sólido por lo que se precisa poner una sonda nasogástrica. Progresivamente va recuperando peso, comiendo todo el contenido de una dieta libre normal. El dolor abdominal va disminuyendo y no le impide comer.

Durante este primer ingreso se evidencia la mala relación entre los padres. Durante las entrevistas con ambos, se observa hostilidad. El padre piensa que el problema de su hija debe de tener una causa orgánica, a pesar de que todas las pruebas realizadas resulten sin alteraciones, y considera que no se le está tratando de forma adecuada, opinión que no es compartida por la madre. Ésta indica que la paciente realiza comentarios sobre el físico de las amigas y el suyo desde hace un par de años y que tiende a sobrevalorar la delgadez. Explica también que la pareja del padre es nutricionista y la niña quiere ser como ella, por lo que comienza a preparar comidas y se interesa mucho por la alimentación, aunque luego se niegue a la ingesta.

Dada la mejoría clínica se decide dar de alta a la paciente y continuar su seguimiento en Hospital de Día.

Aproximadamente al mes de ser dada de alta, comenzó de nuevo a restringir la ingesta alimentaria y rechazar cada vez más alimentos hasta el punto de indicarle que tenía que volver a comer a Hospital de Día a diario. Allí se observa cómo come toda la dieta de manera adecuada, mientras que en casa, tanto de su madre como de su padre, prácticamente solo come una pieza de fruta al día, de manera que cada fin de semana (momento que no acude al Hospital de Día), tiene una pérdida ponderal de más de 1 kilogramo.

En el periodo estival que pasó con la madre dijo querer volver con el padre, llegando a asomarse a la ventana de manera llamativa e incluso intentando tirarse de su coche cuando la llevaba desde la casa del padre. Ya entonces, se sugiere la pertinencia de un nuevo ingreso, pero dado que el padre se niega, vuelve de nuevo al domicilio de

la madre. Cuando agota su periodo de estancia con ella acude a la casa del padre y apenas come, lo que según el padre, colma su paciencia llegando a insultarla a voces. En ese momento, se le vuelve a sugerir el ingreso y finalmente, aunque con reticencia por parte del padre, lo aceptan.

La madre refiere que en todo el verano no ha hecho ningún tipo de actividad, impedida por su asistencia al Hospital de Día. También que se ha ido distanciando de sus primos carnales maternos, con quienes mantenía una relación casi fraternal, y de sus amigas. La paciente lo atribuye a que ve muy felices al resto de niños, mientras ella está triste. En el momento de la primera entrevista enfatiza que no quiere estar en la casa de ninguno de sus dos progenitores, por lo que prefiere estar ingresada.

E.- Exploración psicopatológica

Paciente de biotipo leptosómico (IMC=13,8). Consciente, orientada, abordable y colaboradora. Ánimo bajo con disminución de la capacidad hedónica. Ansiedad grave frente a la comida. Niega distorsión de la imagen corporal. Aqueja dolor abdominal postprandial. No alteraciones en la esfera psicótica ni en la sensopercepción. No ideas de muerte ni autolíticas. Mantiene planes de futuro, al menos en lo referente a sus estudios. Sueño conservado.

F.- Pruebas complementarias

Electrocardiograma: Ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización.

Analítica hemática: sistemático de sangre y bioquímica hemática normal salvo urea 63 mg/dl (10-50 mg/dl); colesterol total 234 mg/dl (105-218 mg/dl); colesterol HDL 109 mg/dl (40-65 mg/dl); ferritina 167,9 ng/ml (7-84 ng/ml). Determinación de hormonas tiroideas normales y determinación de vitaminas A, D, E, K, B1, B6 y B2 dentro de la normalidad.

G.- Evolución

Se inicia la realimentación según las pautas indicadas por el experto en nutrición. Llama la atención cómo desde el primer momento la paciente es capaz de comerse todo lo que se le sirve en la Unidad de forma adecuada. Únicamente a la hora de comer el pan mantiene algunos rituales poco adecuados: separa la miga de la corteza, lo va rompiendo en trocitos pequeños, lo desmiga y lo deja para el final de la comida, pero esto lo va modificando

según se le indica. Así, en vista de su buena colaboración, que se traduce en una recuperación ponderal adecuada, se le propone hacer una salida corta en el primer fin de semana de ingreso. La paciente dice no sentirse preparada para hacerlo y pide permanecer en la Unidad. Mantiene esta misma actitud en el siguiente fin de semana, de manera que no es hasta el tercer fin de semana cuando acepta salir solo dos horas con cada uno de sus padres y sin realizar ninguna comida con ellos. Regresa contenta, dice haber estado a gusto con ambos, incluso indica que le parece una cantidad suficiente de tiempo con ellos y no parece dispuesta a modificarlo. De hecho, se muestra muy reticente, ansiosa y enfadada cuando se le pide que vaya más tiempo con ellos y que haga alguna comida en su presencia.

Se han tenido entrevistas periódicas con ambos padres, cuyas diferencias de criterios son evidentes: el padre insiste en que come bien en su presencia (pese a la importante pérdida de peso que ha experimentado en los fines de semana que ha pasado con él). Se muestra en contra del ingreso ya que cree que se le debería de haber dado una oportunidad más a su hija, justifica sus gritos e insultos el día previo al ingreso como lo último que pudo hacer para intentar hacerle reaccionar y no acepta ni las sugerencias ni las explicaciones sobre el posible origen de la psicopatología de su hija, aunque tampoco es capaz de dar una explicación plausible sobre ella. Por otra parte, la madre expresa su preocupación por la presión a la que está sometida la paciente: vive a días alternos con cada uno de ellos, en casas en las que no hay unanimidad de criterios y con unas normas de funcionamiento que no son compartidas.

En este contexto, se les sugiere la conveniencia de iniciar un Plan de Intervención Familiar (PIF), lo que es bien aceptado por la madre pero rechazado por el padre, quien insiste en que la paciente ya se ha acostumbrado a esta situación y no cree que eso suponga ningún problema para ella. De hecho, cuando acuden los técnicos de los Servicios Sociales a entrevistarse con la paciente y él se entera, muestra su oposición frente a este hecho, que considera ilegal ya que él no ha dado su consentimiento expreso para tal entrevista, aún a pesar de conocer la actitud favorable de la madre.

Desde las primeras visitas, que los padres se reparten a una hora al día para cada uno de ellos, se hace evidente la diferencia de trato que dispensa la niña a cada uno de ellos. Con la madre se muestra distante y procura utilizar

ese tiempo para jugar a juegos de mesa, reduciendo así el tiempo de conversación entre ellas. Sin embargo, con el padre se muestra más cariñosa y comunicativa, incluso llama la atención cómo algún día han buscado el ángulo muerto de las cámaras de la unidad. No obstante, se muestra muy hermética cuando se le pregunta por esta conducta e insiste que nada le afecta y que está igual con ambos.

En la primera salida que hace con la madre durante toda la tarde se niega a merendar, apenas le dirige la palabra y se niega a ver a sus primos, que se acercan a visitarle a su casa. Al día siguiente sale con el padre y merienda un kiwi con un yogur y patina durante una hora.

La adaptación de la paciente a la Unidad ha sido muy buena desde el primer momento: acata normas, participa activamente en los talleres de este dispositivo y mantiene buena relación con las compañeras y con todo el personal de la unidad. De hecho, insiste en que no quiere volver a casa de ninguno de sus progenitores e incluso sugiere que estaría bien en un internado, idea que el padre rechaza y que la paciente también acaba por desechar. Ante la falta de alternativas de futuro, se acaba comunicando el caso a Fiscalía de Menores.

DISCUSIÓN

Según la descripción original de Gardner (6), el SAP se manifiesta por la existencia de una campaña de denigración y rechazo de un padre previamente querido por el niño. Esta campaña es iniciada por el otro progenitor y secundada por el menor. El niño manifiesta un rechazo completo hacia el padre alienado adoptando como propias las descalificaciones hacia el mismo y apoyando incondicionalmente al padre alienante. El menor manifiesta ausencia de culpa, y la animosidad hacia el padre alienado se extiende hacia amigos o parientes de la familia (7).

CONCLUSIONES

El modelo tradicional de familia ha cambiado en los últimos años, incrementándose el número de divorcios y separaciones (8).

Sea cual fuere, madre o padre, con quien conviva el

menor, se ha de garantizar la relación con ambos tras la separación (9).

El régimen de visitas tiene una importancia capital sobre el desarrollo psicológico del menor (10).

La custodia compartida no está recomendada en casos de grave conflictiva entre los padres, pues requiere de gran cooperación entre ellos.

En los casos más graves, la solución es la reversión de la custodia, aunque en un primer momento, esto puede agravar el cuadro fóbico del niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maida S, Herskovic M et al. Síndrome de Alienación Parental. *Rev chil pediátr* 2011; 82 (6).
2. Aguilar JM. Síndrome de Alienación Parental: Hijos manipulados por un cónyuge para odiar al otro. (3ª ed). Editorial Almuzara; 2006.
3. Aguilar JM. El síndrome de Alienación Parental y las Nuevas Formas de Violencia Contra la Infancia. *Psicología Educativa* 2007; 13: 101-116.
4. Gardner R. Does DSM V have equivalents for the parental alienation syndrome (PAS) diagnosis?. *Am J Fam Ther* 2003; 31: 1-21.
5. Tejedor Huerta A, Molina Bartumeus A, Vázquez Orellana N. Programa de intervención para víctimas de interferencias parentales. Colección *Psicología Jurídica*. Editorial EOS; 2013.
6. Gardner RA. Recent trends in divorce and custody litigation. *Academy Forum* 1985; 29: 3-7.
7. Kaslow F. Familias que han experimentado un divorcio. *Terapia familiar y de pareja*. Editorial Mediterráneo. Chile; 2006.
8. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de nulidades, separaciones y divorcios (2015) (www.ine.es/prensa/np800.pdf)
9. Mabres Boix M. El divorcio de los padres y su repercusión en los Hijos. *Parents Divorce and its impact on children*. Cuaderno de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente 2014; 57: 23-33.
10. Hodges W. *Interventions for children of divorce*. 2ª ed. Editorial Boudier; 1991.

P Vidal Pérez¹, M Vallejo Valdivieso², R Molina Ruiz³, I Saiz Pérez⁴, A López Villarreal⁵ y A Fernández Jaén⁶

¹ Médico Adjunto de Psiquiatría del niño y del adolescente, Hospital Universitario HM Puerta del Sur (CINAC)

² Médico Adjunto de Psiquiatría, Fellow psiquiatría niño y adolescente, Clínica Universitaria de Navarra.

³ Médico Adjunto de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Alcorcón de Madrid

⁴ Médico Adjunto de Psiquiatría del niño y del adolescente del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca

⁵ Médico Adjunto de Psiquiatría del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca

⁶ Médico Especialista en Neurología Infantil, Unidad de Neurología Infantil, Hospital Universitario Quirón Madrid

Correspondencia:

Pablo Vidal Pérez, Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario HM Puerta del Sur
Dirección: Av. Carlos V, 70, 28938 Móstoles, Madrid.
Número teléfono: 678853037, vidpablo36@gmail.com

Nuevos tratamientos farmacológicos en el TDAH. A propósito de un caso clínico

New pharmacological treatments for ADHD. A case report

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más prevalentes en la infancia que frecuentemente se mantiene en la adolescencia y edad adulta.

Los psicoestimulantes son generalmente el tratamiento farmacológico de primera línea para el TDAH, aunque alguno de estos pacientes no consiguen una remisión sintomática completa, especialmente los que tienen comorbilidad con el Trastorno Negativista Desafiante (TND). En estos casos, hay cada vez una mayor evidencia de que la combinación de psicoestimulantes y medicamentos no específicos para manejar el TDAH puede ser útil.

La Guanfacina de liberación prolongada (GXR, Guanfacine Extended Release), un nuevo fármaco no psicoestimulante que actúa como agonista alfa 2 adrenérgico, ha sido aprobado recientemente por la

Agencia Europea de Medicamentos como un nuevo tratamiento para el TDAH. En España se ha empezado a comercializar a finales de enero 2017.

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y tolerabilidad de la GXR administrada conjuntamente con dimesilato de lisdexanfetamina en un paciente con Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad (TDAH) y Trastorno Negativista Desafiante (TND).

Palabras clave: Alfa-2A. Guanfacina. No-estimulantes. Psicoestimulantes. Trastorno Negativista Desafiante (TND). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

ABSTRACT

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most prevalent neurodevelopmental disorders in childhood, which shows diagnostic persistence and morbidity into adulthood.

Psychostimulants are generally first-line pharmacotherapy for ADHD, but some patients do not achieve symptomatic remission, especially those who have Oppositional Defiant Disorder (ODD) comorbidity. In those cases, there is growing evidence that a combination of psychostimulants and nonscheduled medications to manage ADHD, may be useful.

The alpha-2 adrenergic agonist guanfacine extended release (GXR), a non-stimulant treatment, has recently been approved by the European Medicines Agency (EMA) as new therapeutic option for ADHD. In Spain it has been available from the end of January 2017.

The aim of this study is to test the efficacy and tolerability of a combined therapy of psychostimulant (lisdexamfetamine) and GXR in a patient with ADHD and ODD.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity disorder (ADHD), Guanfacine Extended Release (GXR), Psychostimulants, Non-stimulants, Oppositional Defiant disorder (ODD).

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la infancia, con una prevalencia estimada en la edad infantil del 5.29% (1).

Se caracteriza por unos niveles inapropiados para la edad evolutiva de inatención, hiperactividad y/o impulsividad que interfieren en el funcionamiento social, emocional y cognitivo (2), impacto que se mantiene en la edad adulta hasta en un 65% (3,4).

Los síntomas del trastorno negativista desafiante (TND) como la ira, hostilidad, irritabilidad y el rechazo a cumplir con las normas establecidas por los adultos son comunes en los niños con TDAH (5) presentando un mayor deterioro en el ámbito académico, social (6) y una respuesta diferente al tratamiento (7). En estos pacientes, es frecuente el tratamiento combinado de psicoestimulantes y medicamentos no específicos para el tratamiento del TDAH, a pesar de no existir una evidencia científica probada, hasta el momento actual, que apoye esta práctica clínica habitual.

En agosto de 2015 la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) ha recomendado la comercialización de

INTUNIV® (8), Guanfacina de liberación prolongada (GXR, Guanfacine Extended Release), para el tratamiento del TDAH y desde enero del 2017 se ha empezado a comercializar en España.

El interés de este caso tiene como objetivo mostrar la potencial efectividad, seguridad y tolerabilidad del uso combinado de lisdexamfetamina y guanfacina, tal y como recogen recientes publicaciones, en un paciente con TDAH y TND comórbido en condiciones de la práctica clínica habitual.

CASO CLÍNICO

Se trata de un niño varón de ocho años que acude a la consulta de la Unidad de Psiquiatría del niño y del adolescente desde que tiene dos años por problemas de comportamiento y sintomatología de inatención, hiperactividad e impulsividad.

Antecedentes médicos no psiquiátricos: No enfermedades médicas ni quirúrgicas de interés. No alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes personales: Padres se separan cuando el niño tenía seis meses. La madre ejerce su guarda y custodia. El niño no mantiene ningún tipo de contacto con su padre biológico. Desde que era un bebé, la madre inicia una nueva relación sentimental, con el que convive de forma intermitente y de la que tiene un nuevo hijo. Se encuentra actualmente embarazada.

Antecedentes familiares médicos psiquiátricos: Antecedente paterno de consumo de tóxicos y problemas de conducta. Antecedentes maternos de ansiedad. Antecedentes familiares de segundo grado de clínica depresiva.

Desarrollo evolutivo: Embarazo controlado sin incidencias aunque la madre manifiesta haber presentado ansiedad y bajo estado de ánimo. Parto por cesárea, a término, sin incidencias. Peso 2,900kg. Lactancia artificial. No intolerancia ni alergias alimentarias. Desarrollo psicomotor normal. Comenzó a dormir solo a los cuatro años. Control de esfínteres sin incidencias.

Escolarización: Inició la guardería a los nueve meses donde comenzó a presentar mal comportamiento con heteroagresividad física hacia compañeros y profesores que han interferido notablemente en su aprendizaje. Varios cambios de colegios en relación a su conducta.

Socialización: Con la familia los primeros años de vida era cariñoso, alegre y muy travieso. Desde que inicia educación infantil, aunque es sociable y se intenta acercar y relacionar con su grupo de iguales, presenta problemas de aceptación debido a su baja tolerancia a la frustración y descontrol de impulsos que le originan episodios repetidos de agresividad.

La clínica principal a lo largo de estos años ha sido hiperactividad, impulsividad, trastornos graves en el comportamiento y conductas oposicionistas con su grupo de iguales, adultos y en todos los ambientes tanto familiar, escolar y social. Precisó ingreso en Unidad de Hospitalización en Marzo de 2014 por conductas disruptivas.

Ha sido diagnosticado de TDAH y TND.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

EEG normal.

RMN cerebral sin alteraciones.

Cariotipo y X frágil negativos.

Analítica: Prolactina 33,67 ng/ml, resto sin alteraciones.

WISC-IV: No se pudo realizar debido a la falta de colaboración del niño. No impresiona tener una discapacidad intelectual.

EVOLUCIÓN

La evolución clínica no ha sido favorable a lo largo de estos años. La mejoría se ha limitado a escasos meses, sin remisión completa de síntomas, a pesar de la supervisión familiar, apoyos psicopedagógicos, psicológicos y médicos.

A nivel farmacológico se han empleado diferentes y numerosos fármacos (estimulantes en sus diferentes formas de liberación, no estimulantes como la atomoxetina y fármacos de segunda línea como la clonidina; además de risperidona, aripiprazol, paliperidona y oxcarbamacepina).

Dada la escasa respuesta a los diferentes tratamientos, se inicia tratamiento en Julio de 2015 con GXR junto con risperidona (1,5 mg/día) sin presentar efectos secundarios, mejorando parcialmente la sintomatología y manteniéndose estable durante alrededor de un año precisando un ajuste de dosis de GXR hasta 4 mg/día. Desde finales de agosto de 2016 la madre refiere un

aumento de episodios de alteraciones conductuales con heteroagresividad verbal y física y conductas oposicionistas en el ámbito familiar. En el entorno escolar presenta varios episodios de alteraciones conductuales siendo expulsado del colegio a principio de este curso. Se le administran diferentes escalas en Septiembre de 2016: ODD (Weiss Symptom Record): 22; ADHD Rating Scale IV: Total: 44/54, Inatención: 24, Hiperactividad + Impulsividad: 20; CGI -Severity of Illness: 5.

Se decide añadir lisdexanfetamina (30 mg/día de forma progresiva) al tratamiento farmacológico con GXR (4 mg/día), sin presentar efectos secundarios y se disminuye de forma progresiva el tratamiento con risperidona. Durante las semanas y meses posteriores, presenta una mejoría a nivel conductual en el ámbito escolar y en el domicilio, sin presentar conductas disruptivas, con un mejor control de impulsos y una mayor tolerancia a la frustración. Acude a las consultas de salud mental presentando una conducta adecuada, buena resonancia afectiva sin clínica depresiva o ansiosa con una disminución significativa de episodios de alteración conductual o descontrol de impulsos en el ámbito escolar y familiar. Se repiten las escalas en Enero y Mayo 2017: ODD (Weiss Symptom Record): 12, ADHD Rating Scale IV: Total: 25/54, Inatención :14, Hiperactividad + Impulsividad: 11, CGI-Improvement: 2.

DISCUSIÓN

La etiología del TDAH es desconocida, existiendo múltiples factores genéticos y del entorno que crean un estado de vulnerabilidad caracterizada por una disfunción catecolaminérgica: dopamina (DA) y noradrenalina (NA), a nivel central y fundamentalmente en la corteza prefrontal (CPF). Esta disfunción es la diana fundamental para su tratamiento farmacológico (9).

La GXR es el primer fármaco aprobado para el tratamiento del TDAH que actúa de forma directa y selectiva como agonista de los receptores alfa-2A postsinápticos en la CPF, favoreciendo su conectividad y funcionalidad para regular la atención, conductas y emociones de forma más efectiva (8).

Se ha sugerido que la combinación de agonistas alfa2-adrenérgicos y psicoestimulantes tiene un efecto sobre la neurobiología subyacente del TDAH a través de

mecanismos diferentes pero potencialmente sinérgicos (10). Según se recoge en la evidencia clínica actual, en los diferentes estudios comparados con placebo, la administración en monoterapia o conjunta de GXR y psicoestimulantes mejora la sintomatología de TDAH (10,11) y de los síntomas oposicionistas en pacientes con TDAH y TND (12,13).

Debido a la alta comorbilidad de trastornos de conducta en los pacientes con TDAH, existe un aumento creciente del uso de antipsicóticos típicos y atípicos, no exentos de importantes efectos secundarios, a los que el niño es más sensible que el adulto, como los efectos adversos extrapiramidales en los antipsicóticos típicos y la sedación excesiva, el aumento de peso y efectos endocrinometabólicos en los antipsicóticos atípicos.

Son necesarios estudios adicionales que exploren el papel de la GXR coadyuvante o en monoterapia, en la práctica clínica habitual, para ayudar a identificar aquellos pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse de este nuevo tratamiento, particularmente en aquellos con ciertas comorbilidades.

BIBLIOGRAFIA

1. Alda JA, Soutullo C, Ramos-Quiroga JA, Quintero J, Hervás A, Hernández-Otero I, et al. Expert Recommendation: contributions to clinical practice of the new prodrug lisdexamfetamine dimesylate (LDX) in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Actas Esp Psiquiatr* 2014; 42 (supl 1): 1-16.
2. Escobar R, Hervás A, Soutullo C, Mardomingo MJ, Uruñuela A, 83. Gilaberte I. Attention deficit/hyperactivity disorder: burden of the disease according to subtypes in recently diagnosed children. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36: 285-94.
3. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006; 36: 159-65.
4. Biederman J, Mick E, Faraone S V. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 816-8.
5. American Psychiatric Association. Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood and adolescence. In: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000: 85-93.
6. Steiner H, Remsing L, AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 126-41.
7. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 1215-20.
8. Alamo C, López-Muñoz F, Sánchez-García J. Mechanism of action of guanfacine: a postsynaptic differential approach to the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Actas Esp Psiquiatr* 2016; 44: 107-12.
9. López-Muñoz F, Álamo C, Quintero-Gutiérrez FJ, García-García 536 P. A bibliometric study of international scientific productivity in attention-deficit hyperactivity disorder covering the period 1980-2005. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17: 381-91.
10. McCracken JT, McGough JJ, Loo SK, Levitt J, Del'Homme M, Cowen J, Sturm A, et al. Combined Stimulant and Guanfacine Administration in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Controlled, Comparative Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016; 55: 657-666.
11. Wilens TE, Bukstein O, Brams M, et al. A controlled trial of extended-release guanfacine and psychostimulants for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51: 74-85.
12. Connor DF, Findling RL, Kollins SH, Sallee F, López FA, Lyne A, et al. Effects of guanfacine extended release on oppositional symptoms in children aged 6-12 years with attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional symptoms: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *CNS Drugs* 2010; 24: 755-68.
13. Findling RL, McBurnett K, White C, Youcha S. Guanfacine extended release adjunctive to a psychostimulant in the treatment of comorbid oppositional symptoms in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2014; 24: 245-52.

El Dr. Alberto Fernández Jaén ha recibido apoyo de Janssen, Eli Lilly, Rubio, Juste, Shire y Otsuka para asistir a cursos y congresos; ha recibido honorarios de Janssen, Eli Lilly, Rubio, Juste y Shire como ponente; ha realizado actividades de consultoría para Janssen, Eli Lilly y Shire; ha recibido honorarios o becas para estudios de Janssen, Eli Lilly, Rubio y Shire; es miembro del Comité Científico de la Federación de Ayuda al TDAH en España (FEAADAH), y colaborador/asesor de la Asociación de Niños con Síndrome de Déficit de Atención/Hiperactividad de Madrid (ANSHDA).

El resto de los autores no declaramos ningún conflicto de intereses.

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

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

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

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

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

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

- f) Si una parte o los resultados preliminares del trabajo han sido presentados previamente en reuniones, congresos o simposios, debe indicarse su nombre, ciudad y fecha, y deberá remitirse con el manuscrito el trabajo presentado, para certificar que el original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

La segunda página corresponderá al Resumen y Palabras Clave. El resumen se hará en español e inglés, se presentará en hoja aparte y tendrá una extensión máxima de unas 250 palabras. Presentará una estructuración similar a la del manuscrito (vg., en el caso de artículos originales, Introducción, Objetivos, Material, Métodos, Resultados y Conclusiones). Para las secciones de Casos Clínicos y Comentarios Breves se incluirá un resumen de 150 palabras aproximadamente. A continuaciones indicarán hasta un máximo de cinco Palabras Clave elegidas de acuerdo con las normas de los índices médicos de uso más frecuente (Medical Subject Headings del Index Medicus), se tal manera que el trabajo pueda codificarse a través de ellas (cf. <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

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

Los fármacos deben mencionarse por su nombre genérico.

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

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

Los manuscritos pueden ser enviados para cualquiera de las Secciones de la Revista: Artículos Originales, Artículos de Revisión, Casos Clínicos, Comentarios Breves, Cartas al Director y Notas Bibliográficas. No obstante, será el Comité Editorial quien tomará la decisión definitiva respecto a la Sección correspondiente a cada manuscrito.

Los manuscritos aceptados quedarán como propiedad permanente de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la misma. Todos los manuscritos deben ser inéditos, y no se aceptarán trabajos publicados en otra revista.

1.-Artículos Originales

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

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

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

En el caso de tratarse de ensayos clínicos, la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a las condiciones definidas por la Declaración de Helsinki y sus ulteriores enmiendas (www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf), también desarrolladas en los Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org>). Para la publicación de ensayos clínicos deberá remitirse una copia de la aprobación del protocolo de las autoridades sanitarias de los países en los que se desarrolla la investigación experimental.

2.- Artículos de Revisión

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

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

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

3.-Casos Clínicos y Comentarios Breves

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

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

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

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

4.- Cartas al Director

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

5.- Notas Bibliográficas

En esta sección se incluirán comentarios sobre obras relevantes por sus contenidos acerca de las áreas de interés de la Revista.

6.- Secciones Especiales

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

7.- Agenda

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

8.- Números Monográficos

Se podrá proponer por parte de los autores socios de AEPNYA o del Comité Editorial la confección de números monográficos. En cualquier caso, el Comité Editorial y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.

Tablas y figuras

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

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

Bibliografía

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

Las citas deben ajustarse a las siguientes normas generales (normas de Vancouver: <http://www.icmje.org>):

1.- Artículo estándar: Apellido(s) e inicial(es) del autor/es* (sin puntuación y separados por una coma). Título completo del artículo en lengua original. Abreviatura** internacional de la revista seguida del año de publicación, volumen (número***), página inicial y final del artículo (Dunn JD, Reid GE, Bruening ML. Techiques for phosphopeptide enrichment prior to analysis by mass spectrometry. *Mass Spectr Rev* 2010;29:29-54).

*Se mencionarán todos los autores cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse los seis primeros y añadir después las palabras "et al." Un estilo similar se empleará para las citas de los libros y capítulos de libros.

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

*** El número es optativo si la revista dispones de nº de volumen.

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

3.-Capítulo del libro: Autores del capítulo. Título del capítulo. En Director/es o Recopilador/es o Editor/es del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo (Tsytovich VN, de Angelis U. *The kinetic approach to dusty plasmas*. En Nakamura Y, Yokota T, Sukla PK. *Frontiers in dusty plasmas*. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 21-28).

5.- Comunicaciones a Congresos, Reuniones, etc.: Autor/es. Título completo de la comunicación. En: nombre completo del Congreso, Reunión, etc. Lugar de celebración, fechas (Coon ET, Shaw BE, Spiegelman M. *Impacts of faulty geometry on fault system behaviors*. 2009 Southern California Earthquake Center Annual Meeting. Palm Springs, California. September 12-16, 2009.

4.-Citas electrónicas: Consultar <http://www.ub.es/biblio/citae-e.htm>. Formato básico: Autor de la página (Fecha de publicación o revisión de la página, si está disponible. Título de la página o lugar. [Medio utilizado]. Editor de la página, si está disponible. URL [Fecha de acceso] (Land, T. *Web extension to American Psychological Association style (WEAPAS)* [en línea]. Rev. 1.4. <http://www.beadsland.com/weapas> [Consulta: 14 marzo 1997].

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

Envío de manuscritos

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

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

El manuscrito es remitido en exclusiva a la Revista de psiquiatría Infanto-Juvenil y no se ha enviado simultáneamente a cualquier otra publicación (ni está sometida a consideración), y no ha sido publicado previamente todo ni en parte. Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos, o simposios, debiendo en tal caso indicarse su nombre, ciudad y fecha, y remitirse junto con el manuscrito el trabajo presentado para certificar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

Los autores son responsables de la investigación.

Los autores han participado en su concepto, diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección, así como que aprueban el texto final enviado.

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

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

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

Revisión y revisión externa (peer review)

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

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

La editorial revisará los aspectos formales del trabajo, descritos en estas normas. Un manuscrito puede ser devuelto a sus autores por incumplimiento de las normas de presentación. Una vez aceptados los trabajos, los manuscritos se someten

a una corrección morfolingüística y de estilo. Los autores podrán comprobar los cambios realizados al recibir las galeras, aprobar dichos cambios o sugerir modificaciones.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

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

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

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

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

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

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

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

Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos o simposios, debiendo en tal caso indicarse su nombre, ciudad y fecha, y remitirse junto con el manuscrito el trabajo presentado para certificar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación. Los autores deben ser conscientes de que no revelar que el material sometido a publicación ha sido ya total o parcialmente publicado constituye un grave quebranto de la ética científica.

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

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

VERIFICAR SIEMPRE ANTES DE REMITIR A LA SECRETARÍA

Compruebe el contenido de su envío:

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